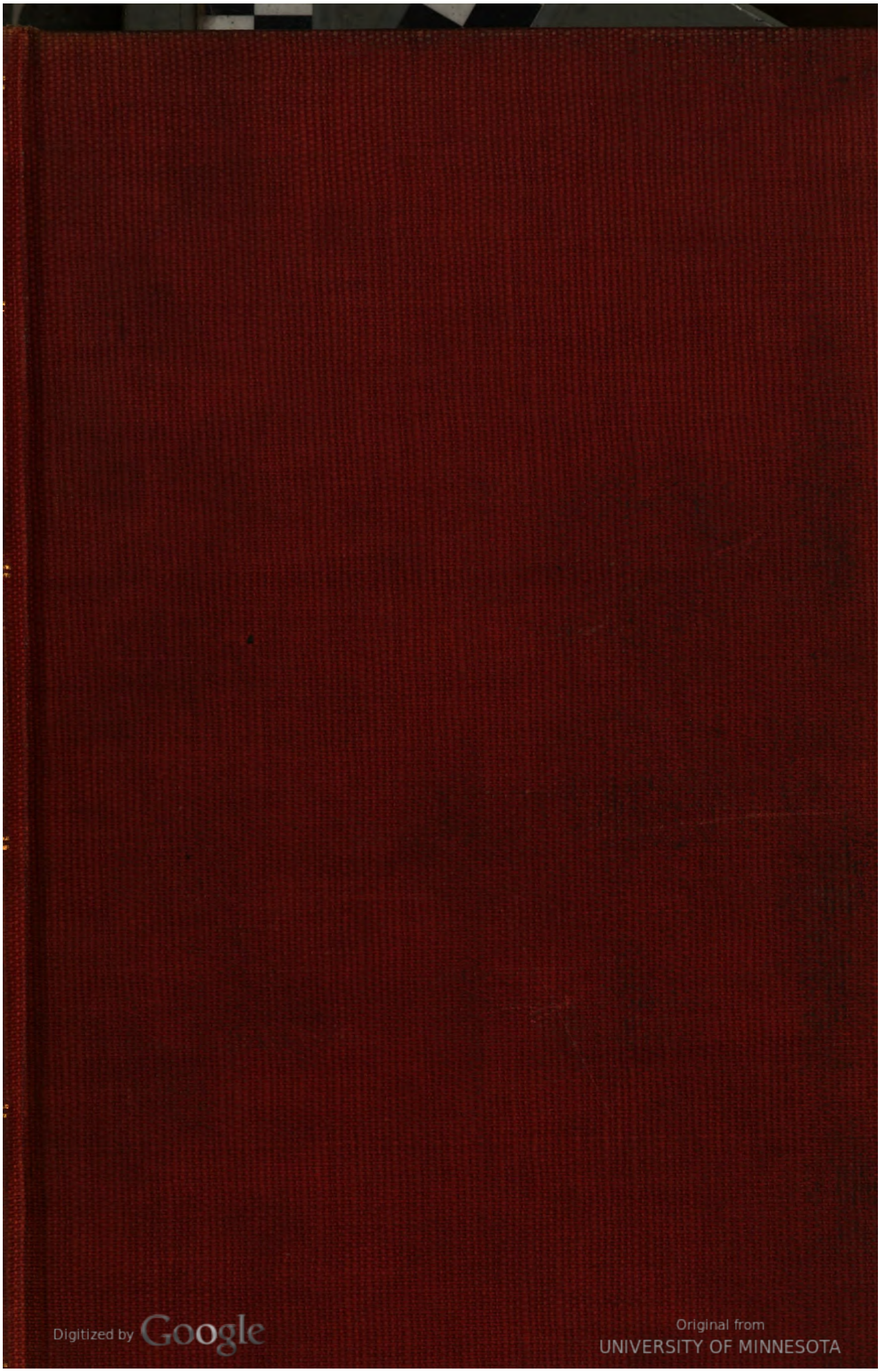

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

The Library of

Class

Book

Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA

Zeitschrift für die gesamte

Neurologie und Psychiatrie

Begründet von **A. Alzheimer** und **M. Lewandowsky**

Herausgegeben von

O. Foerster, Breslau
R. Gaupp, Tübingen
H. Liepmann, Berlin-Herzberge
F. Nissl, München
W. Spielmeyer, München
K. Wilmanns, Heidelberg

Originalien

Schriftleitung:

O. Foerster, Breslau
R. Gaupp, Tübingen
W. Spielmeyer, München

Fünfundvierzigster Band

Mit 14 Textabbildungen und 3 Tafeln

Berlin
Verlag von Julius Springer
1919

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
LIBRARY

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Oppenheim, H. Über Misopädie	1
Morgenthaler, Dr. **W.** Über Zeichnungen von Gesichtshalluzinationen. (Mit 1 Textabbildung und 3 Tafeln)	19
Jakob, A. Über einen besonderen Fall von Kommotionspsychose	30
Sterling, Dr. **W.** Über eine eigenartige Form des hysterischen Dämmerzustandes im Anschluß an das Stadium des Erwachens und über deren Beziehungen zur Lethargie und Narkolepsie	45
Thomalla, Dr. **Curt.** Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv	87
Šerko, Dr. phil. u. med. **Alfred.** Über akute paraphrene Angstpsychose	98
Krisch, Dr. **Hans.** Die psychischen Erscheinungen der Eunuchoiden	136
Paulus, Dr. med. **A.** Zu den Geschwülsten des Mittelhirns	162
Strohmayer, Prof. **Wilhelm.** Über die Rolle der Sexualität bei der Genese gewisser Zwangsneurosen	167
Hellpach, Willy. Die Kriegsneurasthenie	177
Pick, A. Über Änderungen des Sprachcharakters als Begleiterscheinung aphasischer Störungen	230
v. Artwinski, Dr. **Eugen.** Über traumatische Neurosen nach Kriegsverletzungen	242
Christoffel, Dr. **H.** Depression im Zusammenhang mit nervöser Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern	261
Mayer, Stabsarzt Dr. **K. E.** Mißbrauch der Hypnose zur Vortäuschung geistiger Störungen	269
Kretschmer, Ernst. Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche	272
Pfeifer, Dr. phil. et med. **Richard Arwed.** Beobachtungen an Rechts- und Linkshänderschrift von anscheinend weittragender Bedeutung. (Mit 7 Textabbildungen)	301
Landauer, Karl. Die symptomatische Neurasthenie. (Mit 5 Textabbildungen)	316
Nissl, F. Korbinian Brodmann	329
Stier, Ewald. Über Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen	350
Stern, Dr. **H.** Ein Fall von Bromvergiftung durch Bromural mit paralyseähnlichen Symptomen. (Mit 1 Textabbildung)	374
Mayer, Stabsarzt Dr. **K. E.** Elektro-suggestive Behandlung hysterischer Stupor- und Dämmerzustände	381
Hoppe, Dr. **Adolf.** Militärischer Ungehorsam aus religiöser Überzeugung	393
Margulies, Dr. **Max.** Zur Technik psychologischer Analyse	413
Autorenverzeichnis	424

213738

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA

Über Misopädie.

Von

H. Oppenheim.

(Nach einem am 14. Oktober 1918 in der Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nerv. gehaltenen Vortrage.)

(*Eingegangen am 21. Oktober 1918.*)

Wenn mir auch eine Abneigung gegen Kinder im allgemeinen als psychopathische Eigentümlichkeit in vereinzelten Fällen[1]) begegnet ist, habe ich doch nicht den Eindruck gewonnen, daß es sich da um ein charakteristisches Zeichen handelt, das der besonderen Beachtung und Betrachtung bedürfte. Auch ist die Liebe zu Kindern schlechthin schon in der Breite der geistigen Gesundheit in so verschiedenem Grade bei den verschiedenen Menschen entwickelt und von so vielen äußeren und inneren Bedingungen abhängig, daß es recht schwer ist, das krankhafte Zuviel oder Zuwenig zu erkennen[2]).

Wenn die gleiche Erwägung auch für die Liebe zu dem eigenen Kinde Geltung hat, so ist der Haß gegen dieses jedenfalls eine so unnatürliche Erscheinung, daß sie den Verdacht einer krankhaften Grundlage nahelegt. Und diese Form, die pathologisch begründete Misopädie ist es, die die Beachtung des Nerven- und Irrenarztes verdient und sie, wie mir scheint, nicht in genügendem Maße gefunden hat.

Wenigstens hat die Durchsicht der Lehrbücher der Psychiatrie sowie der sich auf die psychopathischen Persönlichkeiten beziehenden wissenschaftlichen Abhandlungen, soweit sie mir in der Kriegszeit zugänglich waren, zu einem sehr kargen Ergebnis geführt.

Es gibt freilich eine reiche Schriftensammlung, welche sich auf den Kindesmord auf krankhafter Grundlage bezieht, besonders auf die

---

[1]) So hatte ich vor einigen Monaten einen Herrn zu beraten, der, aus einer Verwandtenehe stammend, sich dem Alkoholmißbrauch ergeben, dann aber aus eigener Kraft diesem entsagt hatte. Er klagte über einen aufs höchste gesteigerten Geschlechtstrieb; wenn er diesem nicht frönen könne, stellten sich quälende Angst- und Zwangszustände ein. Dabei hob er selbst als eine von ihm als unnatürlich empfundene Eigentümlichkeit hervor, daß ihm Kinder, besonders kleine, ein Greuel seien.

[2]) Vgl. zu dieser Frage: Näcke, Die Gatten-, Eltern-, Kindes- und Geschwisterliebe. Archiv f. Kriminalanthropologie **20**. 1905.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tötung des unehelich geborenen Kindes gleich nach der Geburt, ferner auf die zahlreichen Fälle, in denen Eltern in Zuständen von Melancholie oder krankhaft ausgearteter Verzweiflung über wirkliches oder vermeintliches Unglück, namentlich Notlage, ihre Kinder und sich selbst umbringen. Diese Form ist schon von den älteren Irrenärzten und besonders von Krafft-Ebing[1]) in einer wertvollen Abhandlung besprochen worden. Auch die Frage der von Eltern an ihren Kindern begangenen Grausamkeiten infolge sadistischer Triebe und moralischen Irrsinns hat volle Berücksichtigung bei den Gerichtsärzten und Strafrechtsforschern gefunden.

Aber damit ist der Gegenstand nur von einer Seite angefaßt, nämlich unter dem Gesichtspunkt der verbrecherischen Handlung und der Verantwortlichkeit für diese, während der krankhaften Abneigung gegen das eigene Kind an sich auffallend wenig Beachtung geschenkt worden ist. Und gerade diese ist es, für die ich den Namen Misopädie in Anspruch nehmen möchte.

Von den Angaben früherer Forscher, auf die ich gestoßen bin, ist die von Krafft-Ebing[2]) im Abschnitt Hysterie, weil hier wenigstens der Name gebraucht wird, bemerkenswert. . . .„So können sich die natürlichen Gefühle der Mutterliebe in krankhafte Abneigung gegen die Kinder (misopédie, s. Boileau, Annal. méd. psychol. 1861, S. 553) verwandeln und zu Brutalitäten und zu bestialischer Grausamkeit führen." Während dieser Forscher bis zum Jahre 1861 zurückgreift, um die Bezeichnung Misopädie hervorzuholen, scheint es nach allem, was ich durchgesehen habe, als ob diese aus der späteren Literatur ganz wieder geschwunden sei. In der von Krafft-Ebing angezogenen Abhandlung Boileau de Castelneaus spricht dieser Forscher von „Misopédie ou lésion de l'amour de la progéniture" und bietet eine Zusammenstellung fremder (Tardieu) und eigener Beobachtungen, in denen Eltern Grausamkeiten an den eigenen Kindern begehen oder sie selbst zu Tode martern infolge einer angeborenen oder erworbenen Krankheit des moralischen Sinnes („maladie du sens moral"). Er betont, daß in diesen Fällen die Misopädie die einzige Äußerung der verbrecherischen Anlage bilde. Es wird aber nicht einmal der Versuch gemacht, die Frage zu vertiefen, und ihre Behandlung wird schon dadurch eine unvollkommene, daß der Kinderhaß nur insofern, als er zu verbrecherischen Handlungen führt, beleuchtet wird.

Ich sagte schon, daß die Tötung des außerehelich geborenen Kindes besonders unter dem Gesichtswinkel des Geisteszustandes der Gebärenden und der Schuldfrage von zahlreichen Forschern besprochen

[1]) Der Mord der eigenen Kinder. Eine psychologisch-forensische Studie. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med. 1870.

[2]) Lehrbuch d. gerichtl. Psychopath. 1900, 3. Aufl., S. 245.

Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

worden ist und verweise, um nur einige der bekanntesten Abhandlungen anzuführen, auf Gleispach[1]), Näcke[2]), Bischoff[3]).

Krafft-Ebing[4]) erwähnt noch an einer anderen Stelle, aber ebenso beiläufig, die Erscheinung unter den Krankheitszeichen der Seelenstörungen. . . . „Den Gegensatz bilden die Melancholischen, welche, ebenfalls unter dem Zwang einer krankhaften Stimmung auf physiologisch heitere Anlässe nur mehr schmerzlich zu reagieren vermögen, z. B. im Verkehr mit den sonst geliebten Kindern und Bekannten nur mehr widrige Eindrücke bekommen. Die Reaktion kann eine einfach passive sein (Misopédie, Misanthropie), oder es kommt sogar zu Antrieben feindseliger Begegnung in Wort oder Tat." Man sieht, wie verschiedenartig die Zustände sind, die v. Krafft-Ebing mit diesem Namen belegt.

In Magnans psychiatrischen Vorlesungen über die Geistesstörungen der Entarteten[5]) fand ich eine kurze Bemerkung im Abschnitt Zoophilomanie, die aber nur eine ganz oberflächliche Beziehung zu unserem Gegenstand hat. Er sagt von einer Dame: „Wenn ein Tierversuch das Leben ihres Sohnes retten könnte, würde sie doch zu ihm nicht ihre Zustimmung geben, denn sie möchte das Leben ihres Sohnes nicht mit dem eines Tieres erkaufen . . . Sie liebe ihren Sohn nur, weil sie ihn beherrsche und weil sie hoffe, ihn im Hasse gegen die Menschen und in der Liebe für die Tiere zu erziehen."

Koch[6]) hat der Frage des Kindeshasses in seinem sonst so ausführlichen Werk kaum eine Bemerkung gewidmet. Er spricht wohl von den „Zwangssympathien und -antipathien" im allgemeinen, er verweist auch auf Mütter, die „ihre Kinder mit krankhafter Zärtlichkeit erdrücken und dabei fast gleichzeitig von sich stoßen und doch untröstlich sind, wenn ihnen das Gewünschte zustößt, . . . daheim sich in unnatürlicher Ängstlichkeit nicht von ihnen trennen können, und draußen sie gänzlich vergessen". — Aber das ist auch alles und damit das Wesen der Sache nicht getroffen. Ziehen[7]) kommt ihr in dem Abschnitt, in welchem er die Anhedonie und Hyperhedonie behandelt, bei der Schilderung eines Falles näher, indem er wenigstens zeigt, daß es Frauen gibt, die sich mit aller Macht aus unbezwinglicher Abneigung gegen die Mutterschaft dem Geschlechtsverkehr widersetzen. Seine Patientin sagt: „Ich habe den Trieb nicht und habe kein Ver-

[1]) Über Kindesmord. Archiv f. Kriminalanthropol. **27**.

[2]) Über Familienmord durch Geisteskranke. Halle 1908.

[3]) Der Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden. Archiv f. Kriminalanthropol. **29**. 1908.

[4]) Lehrbuch d. Psychiatrie, 6. Aufl. 1891.

[5]) Deutsch von Möbius. Leipzig 1892.

[6]) Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891.

[7]) Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. Charité-Annalen **33**.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständnis dafür und will auch kein Kind." Einmal ist es in der Ehe zum Geschlechtsverkehr gekommen. „Ich habe die Folgen gekannt, aber in dem Augenblicke nicht die Kraft gehabt, mich und meinen Mann umzubringen." Auch der Gedanke an das Kind ist ihr zuwider. „Ein Kind kostet soviel Opfer und Liebe und bringt nichts ein." „Das Kind muß beizeiten beseitigt werden."

Ziehen fügt hinzu, daß sicher hysterische Symptome bei seiner Patientin gefehlt hätten.

Näcke spricht von den „entmenschten Müttern", die auch ihre ganz kleinen und unschuldigen Kinder mißhandeln.

Birnbaum[1]) macht in seiner vortrefflichen Schrift über die Psychopathen wohl bei einer Gelegenheit die Bemerkung: „Die gleiche Person überschüttet etwa in übertriebener Affenliebe das eine Kind mit ihrer Zuneigung, während sie gegen das andere sich abstoßend und lieblos zeigt." Aber darauf beschränken sich auch seine Ausführungen über die uns beschäftigende Krankheitserscheinung.

Auch in den Werken und Abhandlungen über die Hysterie habe ich vergebens nach einer eingehenden Behandlung der Frage gesucht. Janet[2]) spricht wohl beiläufig von einer Kranken, die zugleich mit dem Geschlechtssinn auch das Schamgefühl und den Familiensinn (für Mann und Kinder) eingebüßt habe, geht aber nicht näher auf diese Störung ein. Am deutlichsten spricht sich noch Raimann[3]) über sie aus, indem er sagt: „Auch der zweite grundlegende Instinkt der Frau, die Mutterliebe, findet sich bei Hysterischen selten in ganz normaler Weise entwickelt ... Eine große Zahl von Hysterischen ist indes einer Mutterliebe nicht fähig oder wenigstens keiner Liebe zu eigenen Kindern; es gibt Kranke, welche ihre Töchter aus dem Grunde des Herzens hassen usw." Darin ist wenigstens das Wesentliche kurz zum Ausdruck gekommen.

Ich bezweifle nicht, daß mir manch bemerkenswerter Beitrag oder Ausspruch entgangen ist. Aber wie dem auch sein mag, es ist gewiß nicht unangebracht, meine Erfahrungen auf diesem Gebiet zur Kenntnis der Fachgenossen zu bringen und an ihrer Hand das Wesen dieser Störung zu beleuchten.

Beobachtung I. Frau X.[4]), 28 Jahre alt. Erste Beratung am 5. VI. 1898. Sie stammt aus einer schwerbelasteten Familie, in der es wiederholt zu Ehen zwischen Blutsverwandten gekommen ist und viele Mitglieder an Seelenstörungen,

[1]) Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden 1909.

[2]) Der Geisteszustand der Hysterischen. Deutsch von Kahane. Leipzig 1894.

[3]) Die hysterischen Geistesstörungen. 1904.

[4]) Um in der Wahrung des Berufsgeheimnisses möglichst weit zu gehen, sind auch diese Anfangsbuchstaben der Namen gefälscht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besonders an Zwangsvorstellungen, litten. Auch ihre Eltern waren verwandt untereinander. Sie selbst wurde von Kindheit an von Zwangsgedanken belästigt, in besonders quälender Weise hat sich dieses Übel entwickelt, seit sie im vorigen Jahre eine Entfettungskur mit Thyreoidin durchgemacht und dabei 30—40 Pfund an Gewicht verloren hat.

Sie ist seit einigen Jahren mit einem Verwandten verheiratet. Über ihr Eheleben macht sie zunächst keine Angaben.

Sie leidet unter mancherlei Zwangsvorstellungen, besonders unter dem Gedanken, daß sie anderen Böses wünschen müsse. Keine Zeichen organischen Leidens. Das sind die flüchtigen Aufzeichnungen nach der ersten Beratung.

Ich empfahl eine längere Behandlung in einem Sanatorium, die auch zu einer wesentlichen Besserung führte. In den nächsten Jahren hat sie diese Behandlung noch einige Male erneuert. Es ist dann aber einmal zu einem Anfall heftigster Erregung gekommen, der den leitenden Arzt veranlaßte, sie einer geschlossenen Anstalt zu überweisen, aus der sie nach kurzer Zeit wieder entlassen wurde. Das führte zu einem Bruch zwischen ihr und diesem Arzte, dem sie bis da großes Vertrauen geschenkt hatte.

Erst im Januar 1904 wandte sie sich wieder an mich und stand von da ab viele Jahre unter meiner ärztlichen Aufsicht, brachte mir großes Vertrauen entgegen; es gelang mir auch immer wieder, sie durch seelische Beeinflussung aus den Zuständen stärkster Verzweiflung mit Taedium vitae herauszureißen.

Ihr Krankheitszustand kennzeichnete sich als der der „psychopathisch-hysterischen Konstitution“. Sehr stark entwickeltes Gefühlsleben mit steten Schwankungen zwischen Freude und Schmerz, Liebe und Haß, Hochmut und Demut (bis zur Unterwürfigkeit), Zorneswallung und äußerster Milde und Sanftmut. Ihr Grundwesen war ein gütiges; sie wurde von einem starken Drange beherrscht, anderen Gutes zu erweisen, zeigte sich überaus wohltätig, erwies sich als eine opferfähige Freundin, aber alles das kam nur zur Geltung, solange sie sich in guter bzw. gehobener Stimmung befand. Wenn es auch meist eines äußeren Anlasses bedurfte, irgendeiner Äußerung oder Handlung, die an sich bedeutungslos, von ihr als Kränkung angesehen wurde, so schlug die Stimmung jäh um, und auch die sie sonst auszeichnende Urteilsschärfe und Einsicht war wie weggeblasen. Man hatte ein vollkommen verändertes Wesen vor sich. Gesichtsausdruck, Gebaren, Äußerungen und Handlungen zeugten von Unlust, Wut, Verbissenheit, Gehässigkeit, selbst von Gefühlsroheit, sowie von Einsichtslosigkeit, aber das hielt nicht lange an, und auf die Mißstimmung folgte wieder eine um so strahlendere Heiterkeit und Lebenslust. Spiegelte sich darin und in der zaghaften Art der einige Male ausgeführten Selbstmordversuche der hysterische Charakter wieder, so lag andererseits eine ausgesprochene Psychasthenie vor. Das Zwangsdenken, das ein vorherrschendes Element ihrer Seelenstörung bildete, kam freilich am stärksten im Geleit der Unlustaffekte zur Geltung; aber es zog sich doch „wie ein roter Faden“ durch das ganze Leiden hindurch. Bald war es der Gedanke, daß sie anderen Böses wünschen müsse, bald die Vorstellung, daß sie auf der Straße jemand stoßen, treten, daß sie ihrem Manne Gift unter die Speisen mischen müsse, daß sie sich durch Worte oder Handlungen geschlechtlich bloßstelle usw. Zeitweise wähnte sie, eine dieser Handlungen schon vollbracht zu haben, oder sie befand sich in einem quälenden Zustand der Zweifelsucht, ob sie eine derartige Schuld auf sich geladen habe oder es sich nur einbilde.

Sie war ein geschlechtlich stark erregbares Individuum. Die Beziehungen zu ihrem Ehemann waren aber nach wenigen Jahren erkaltet, nachdem sie ihm 2 Kinder geboren hatte. Es entwickelte sich bald bei ihm eine Impotenz, und sie gab sich dann der Masturbation hin, durch die sie seelisch sehr bedrückt wurde

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und ein starkes Schuldbewußtsein auf sich lud. Von Zeit zu Zeit kam es zu Verzweiflungsausbrüchen, Schreikrämpfen, Sinnestäuschungen u. dgl.

Auch in dem Verhalten ihren Kindern gegenüber kam der geschilderte Charakter: die Unbeständigkeit, das Schwanken zwischen Liebe und Haß, zur vollen Geltung. So wurden sie einerseits maßlos verwöhnt, während sie zu anderen Zeiten unter ihren Ausbrüchen von Erbitterung und Haß schwer zu leiden hatten. Das betraf besonders die Tochter. Namentlich in der späteren Zeit, als diese zur Jungfrau heranwuchs, entwickelte sich eine gehässige, feindselige Stimmung gegen sie. Ihr Urteil über die Äußerungen und das Verhalten ihrer Tochter war dann völlig gefälscht, harmlose Gespräche wurden mißdeutet, sie erblickte in ihr ihre Nebenbuhlerin, wollte sie aus dem Hause jagen. Aber diese Feindschaft hielt doch nicht an; nach wenigen Wochen kam die natürliche Mutterliebe wieder zum Durchbruch, und sie machte sich schwere Vorwürfe über die Empfindungen, die sie beherrscht hatten und über die Mißhandlung, die sie der Tochter hatte zuteil werden lassen.

Diese Tochter war ein sanftes, bescheidenes Wesen, hatte aber doch auch die Psychopathie der Mutter ererbt — und so trug sie durch ihre Gereiztheit und ihre seelischen Eigentümlichkeiten zur Verschärfung des Kampfes bei, aber die wesentliche Ursache bildete zweifellos die unglückselige Veranlagung der Mutter.

Ich habe die Patientin in den letzten Jahren aus den Augen verloren.

Beobachtung II. Frau Y., gegenwärtig etwa 50 Jahre alt, steht seit mehr als 20 Jahren in meiner Behandlung. Sie ist eine schwer belastete, von Haus aus psychopathische Persönlichkeit. Vor 20—25 Jahren hatte sich bei ihr das Bild der Akinesia algera entwickelt, daneben schwere Angstzustände, Zwangsvorstellungen (insbesondere Raumangst, Platzangst, quälende Furcht vor jeder Ortsveränderung, ja vor irgendeiner Verstellung eines Gegenstandes in ihrer Umgebung, da es ihr dann nicht möglich sei, sich zurechtzufinden usw.), starke Überempfindlichkeit gegen Gehörsreize, Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, vor allem ein das Denken begleitender Kopfschmerz. Viele Züge von hysterischem Charakter, u. a. auch Drohungen und untaugliche Versuche, sich das Leben zu nehmen. Beträchtliche Erregbarkeit des Herznervensystems, Menschenscheu, die sich meist auch auf die nächsten Angehörigen bezog.

Ihr Familienleben war zwar kein unglückliches, aber es fehlte doch die rechte Eintracht und Übereinstimmung, die alles überbrückende Liebe; es kam oft zu Zerwürfnissen mit dem Ehemann, der eine etwas schroffe Außenseite besaß und von dem Grundsatz beherrscht wurde, seine Gattin mit zweckbewußter Vernachlässigung zu behandeln.

Mit ihren 2 Kindern stand sie im ganzen gut; aber ihre große Reizbarkeit und Empfindlichkeit, ihr krankhaftes Mißtrauen brachte es doch mit sich, daß sie sich auch mit ihnen öfter überwarf und sie tage- oder wochenlang nicht in ihrem Zimmer empfing.

Nachdem es mir zwei Jahrzehnte hindurch gelungen war, sie durch seelische Führung über Wasser zu halten und zu vielen Leistungen anzuspornen, kam es während des Krieges — im Jahre 1917, unter dem Einfluß des Klimakteriums und der durch die Gefangenschaft des Sohnes bedingten Erregungen — zu einer Steigerung des Leidens. Jetzt versagte jede Verordnung, jeder Zuspruch. Um diese Zeit war ihr Sohn aus zweijähriger Gefangenschaft zurückgekehrt. Sie sträubte sich dagegen, ihn wiederzusehen, und obgleich sie viele Wochen mit ihm unter einem Dache lebte, hat sie ihn nicht begrüßt. Es hatte sich ihrer ein Haß gegen ihn bemächtigt, dessen Quelle nicht aufzufinden war. In den ersten Tagen war es die Furcht vor der seelischen Aufregung, die sie davon zurückhielt, und die Liebe zu dem einzigen Sohne war nicht stark genug, diese Schranke zu durch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

brechen. Daraus entwickelte sich dann eine Verbitterung und ein ausgesprochener Haß gegen ihn, den sie in der für Psychopathen charakteristischen Weise damit begründete, daß die Sorge und Aufregung, die er ihr bereitet habe, zu einer so erheblichen Verschlimmerung ihres Leidens geführt hätte.

Die Patientin befindet sich zur Zeit in einer Heilanstalt.

Beobachtung III. Frau T., 50 Jahre alt, ist eine von Kindheit an hysterische Person, litt schon zwischen dem 8. und 12. Jahre an halluzinatorischen Delirien, später in einer sich immer mehr steigernden Weise an unbegründeten Stimmungsschwankungen. Ihren Angehörigen und Freunden brachte sie bald eine wohltuende Anhänglichkeit und Fürsorge entgegen, bald ließ sie sich bei irgendeinem unbedeutenden Anlaß in die feindseligste Stimmung versetzen, haßte, wo sie bis da geliebt hatte, schmollte, ging stunden- und tagelang umher, ohne ein Wort zu sprechen, reiste plötzlich fort, ohne sich zu verabschieden usw.

Ihre Geistesfähigkeiten waren ausgezeichnet. Auch in ethischer Hinsicht mußte man sie zu den Hochstehenden rechnen: sie konnte, solange sie sich in guter seelischer Verfassung befand, jedes Opfer für andere bringen. Aber eine Nichtigkeit brachte sie aus dem Gleichgewicht — und dann war die Verwandlung da: nun schien sie in ihrer Verbitterung und Feindseligkeit jeder Schlechtigkeit in Gesinnung und Handlung fähig, wenn sie sich auch nie zu einer Missetat fortreißen ließ.

Sie heiratete im 26. Jahre. Ihre Ehe war eine unglückliche, da ihr Mann geistig tief unter ihr stand und sich auch als etwas minderwertig entpuppte. Sie gebar 2 Kinder (Töchter), denen sie sich in den ersten Jahren der Ehe mit größter Liebe und Fürsorge widmete. Das Verhältnis zur jüngeren Tochter blieb auch in der Folgezeit ein gutes, die Zuneigung zu ihr, die ebenso erwidert wurde, erfuhr sogar eine Steigerung fast ins Maßlose. Dagegen trat der 2 Jahre älteren Tochter gegenüber, nach der Pubertätszeit, zunächst eine Entfremdung ein, und nach und nach verwandelte sich die Mutterliebe in ausgesprochenen Haß. Diese Tochter war ein hübsches, etwas einfältiges Mädchen, das anfangs keinen Grund zu der Abneigung legte, der Mutter vielmehr Gehorsam und Liebe entgegenbrachte. Erst als sie mehr und mehr zurückgestoßen und zurückgesetzt wurde, versiegte auch bei ihr die Kindesliebe. Nachdem das Mißverhältnis einige Jahre gedauert hatte, verheiratete sie sich. Das Zerwürfnis blieb bestehen. Auch nachdem sie ein Kind geboren hatte, konnte sich die Mutter nicht zur Versöhnung verstehen und brachte es nicht über sich, ihr einziges Enkelkind zu sehen. So ist die Entfremdung eine dauernde geblieben.

Beobachtung IV. Frau J., 45 Jahre alt, Kaufmannsfrau. Erste Beratung im Jahre 1912.

Stammt angeblich von gesunden Eltern, die in glücklicher Ehe leben. Großmutter mütterlicherseits war eine wunderliche, schrullenhafte Frau, die in ihrem höheren Alter an Geistes- und Gedächtnisschwäche litt.

Über die Kindheit der Patientin selbst ist nichts Besonderes zu ermitteln. Sie entwickelte sich geistig und körperlich gut, war eine ausgezeichnete Schülerin. Vom 15. bis zum 20. Lebensjahre litt sie viel an Kopfschmerzen, nach dem 20. stellten sich häufig Angstzustände ein. Ganz besonders hatte sie unter einer quälenden Angst vor Schmerzen zu leiten. Die Furcht vor einer Zahnbehandlung, die schmerzhaft sein könnte, ging so weit, daß sie sich lieber monatelang mit spontanen Zahnschmerzen quälte, ehe daß sie sich in Behandlung begeben hätte. Gegen die notwendige Eröffnung eines Panaritium durch Schnitt sträubte sie sich tagelang und mußte schließlich in Narkose operiert werden. Als nun die Frage der Verheiratung an sie herantrat, bemächtigte sich ihrer die Furcht vor den Ent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bindungsschmerzen in dem Maße, daß sie zunächst vor der Ehe zurückschreckte. Im 35. Jahre wurde sie dann aber von einer starken Zuneigung zu ihrem derzeitigen Ehemann erfaßt. Sie verband sich mit ihm im 36., er mußte ihr aber das Versprechen geben, daß eine Schwangerschaft bis auf weiteres verhütet würde. Die ersten beiden Jahre verliefen glücklich, dann aber kam es öfter zu Meinungsverschiedenheiten und Zwistigkeiten zwischen den Ehegatten, und die Liebe zu ihm erkaltete, ohne daß sich jedoch eine ausgesprochene Abneigung entwickelt hätte.

Im 38. Jahre wurde sie schwanger. Damit bemächtigte sich ihrer eine Verstimmung und Verbitterung, deren sie vergebens Herr zu werden versuchte. Geradezu peinigend war die Angst vor der Entbindung. Nur das vom Arzt gegebene Versprechen, daß man sie in der Narkose entbinden würde, vermochte sie einigermaßen zu beruhigen.

Die Geburt, bei der sie leicht betäubt wurde, verlief glatt, und sie zeigte sich im Ertragen der Schmerzen durchaus standhaft. In den ersten Stunden empfand sie auch ein Glücksgefühl über ihr Töchterchen. Aber schon wenige Wochen nach der Geburt wurde sie sich darüber klar, daß ihr das natürliche Muttergefühl für das Kind fehle. Daraus entwickelte sich im Laufe der nächsten Jahre erst eine Gleichgültigkeit, dann ein Haß gegen ihr Kind oder wenigstens eine Abneigung, die sich von Zeit zu Zeit, besonders während der Menses, zu einem Haß steigerte. Da sich in ihrem Gefühlsleben sonst nichts geändert hatte, insbesondere das Gefühl der Liebe und Anhänglichkeit der Mutter und den Geschwistern gegenüber durchaus keine Einbuße erfahren hatte, empfand sie diesen Mangel an mütterlichem Gefühl selbst als etwas Krankhaftes, sie Bedrückendes und hatte deshalb das Bedürfnis, sich an den Nervenarzt zu wenden.

Das Ergebnis der Untersuchung und Beobachtung war folgendes: Körperlich ist Frau J. wohlgebildet, von angenehmem Äußern; nur die Schädelform ist etwas ungewöhnlich, an den Turmschädel erinnernd, ohne diesem Typus genau zu entsprechen.

Sie bietet keine Zeichen eines organischen Nervenleidens. Verstandeskräfte gut entwickelt, wohl über dem Durchschnitt. Sie unterhält sich klar und sachgemäß über ihren Seelenzustand; spricht sich dahin aus, daß die Liebe, mit der sie in den ersten 2 Jahren an ihrem Mann gehangen habe, mehr und mehr geschwunden sei, seit sie zu der Erkenntnis gelangt sei, daß er ein in ethischer Beziehung nicht hochstehender Mensch wäre, der auch ihr gegenüber nicht das gehalten habe, was er im Beginn der Ehe versprochen hätte. Das, was sie gegen ihn ins Feld führt, wird zum Teil von ihm selbst bestätigt und besonders von ihren Angehörigen als zutreffend hingestellt. Überdies erklärt selbst der Ehemann, daß sie eine durch und durch wahrheitsliebende, rechtlich denkende, wenn auch von ihren Empfindungen übermäßig beherrschte Frau sei.

Während sie nun durch die Lockerung ihrer ehelichen Beziehungen, durch die Entfremdung, die zwischen ihr und ihrem Gatten eingetreten ist, nicht besonders bedrückt wird, empfindet sie es als einen Mangel und einen Makel, daß sie keine Liebe zu dem eigenen Kinde hat. Es sei ihr meist wie ein fremdes Wesen; öfter werde sie durch seinen Anblick sogar gereizt, müsse an sich halten, um es nicht grundlos zu züchtigen. Bei Erkrankungen des kleinen Wesens tue sie wohl „mechanisch" ihre Pflicht, werde aber nicht von Sorge um es erfüllt, denke ruhig an die Möglichkeit, daß es ihr entrissen würde, habe sogar oft dagegen anzukämpfen, daß sie das nicht herbeisehne. Sie habe nie das Bedürfnis das Kind zu küssen, zu hätscheln. Während ich zunächst den Verdacht hatte, daß es sich um eine krankhafte Selbstbeurteilung, um einen Zustand handle, der in das Gebiet der psychasthenischen Selbstquälerei gehöre, lehrte doch die weitere Beobachtung und Ausforschung, daß davon keine Rede sein konnte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Zwangsdenken liegt sonst nicht vor; die Kranke neigt auch nicht zu einer selbstquälerischen Ich-Betrachtung und -Zergliederung. Das, was sie in bezug auf ihr Verhältnis zu ihrem Kinde äußert, wird von ihren Angehörigen durchaus bestätigt. In dem ganzen Familienkreise wird es als eine erstaunliche Erscheinung betrachtet, daß eine Frau, die sonst von einem starken Empfinden (Liebe, Freundschaft, Sinn für Kunst, Natur usw.) beherrscht ist und alle die Eigenschaften besitzt, die als Tugenden der Hausfrau gelten, ihrem eigenen und einzigen Kinde gegenüber kalt und fühllos ist. Außer der Algophobie, einer gesteigerten Erregbarkeit, einer Überempfindlichkeit gegen Geräusche und einem unbegründeten, oft jähen Stimmungswechsel lassen sich krankhafte Störungen nicht feststellen. Auch soll das Geschlechtsempfinden ein normales sein.

Der Versuch einer hypnotischen Beeinflussung zeitigte kein Ergebnis.

Ich verlor die Dame aus den Augen und erfuhr nach einigen Jahren, daß eine Veränderung nicht eingetreten sei, so daß der Mann sich veranlaßt sah, eine Dame ins Haus zu nehmen, die die Pflege und Erziehung des Kindes übernahm.

Beobachtung V. Frau Z., 36 Jahre alt, Berlin.

Vater gesund, Mutter seit einer Reihe von Jahren infolge Arthritis deformans hilflos, duldet nur die Pflege durch ihren Mann, der ihr jede Hilfe leistet bei der Lagerung, den Verrichtungen usw. Durch das lange Leiden der Mutter freudlose Kindheit. Zwei Tanten litten an „Eifersuchtswahn", anscheinend auch die Großmutter.

Patientin war schon als Kind eigenartig, spielte nie mit Puppen, hatte nichts übrig für Schmuck, Kleider, Handarbeit, war immer, wie sie sich selbst ausdrückt, heftig in Liebe und Haß. Sie hing mehr an den männlichen Mitgliedern der Familie (Vater und Bruder), als an den weiblichen, ja sie empfand zeitweilig gegen Mutter und Schwester Abneigung. Sie lernte gut, machte ihr Lehrerinnenexamen, hatte aber stets eine ausgesprochene Abneigung gegen Kinder (s. u.). Für Musik und Natur war sie sehr empfänglich.

Über geschlechtliche Abwegigkeit ist nichts in Erfahrung zu bringen, jedenfalls wird jegliche Neigung zum gleichen Geschlecht bestimmt in Abrede gestellt. Wie die Abneigung gegen Kinder entstanden ist, kann sie nicht genau angeben. Sie glaubt, daß dabei ein Traum in der frühen Jugend eine Rolle gespielt habe, der einen so furchtbaren Eindruck auf sie gemacht habe, daß sie ihn nie vergessen könne. Der Traum bezog sich darauf, daß sie ein Kind getötet habe und dieserhalb die Flucht habe ergreifen müssen. In wilder Angst und Verzweiflung davonjagend, habe sie Zuflucht in einem Hause gesucht, das sich als Irrenanstalt erwiesen habe. Sie ist stets leicht erregbar gewesen. Eine besondere Reizbarkeit stellte sich aber bei der Periode ein, die sich meist durch Unregelmäßigkeit auszeichnete. Sie habe eine Art von Widerwillen und Ekel gegenüber dem ganzen Vorgang. Mit der allgemeinen Reizbarkeit verband sich schon früh und später in wachsendem Maße eine Überempfindlichkeit der Gehörnerven gegen die menschliche Sprache, und zwar besonders gegen die Buchstaben p, b, sch. Das machte sich zwar allen Personen gegenüber, aber doch nicht bei allen im gleichen Maße geltend; in der späteren Zeit am meisten im Verkehr mit ihrem Manne, so daß zeitweilig die Unterhaltung mit ihr dadurch aufs äußerste erschwert wurde. Mit der Reizbarkeit verband sich ein besonders bei der Periode hervortretender Beschäftigungsdrang, eine Unruhe und Hast, die dann oft zu einer Erschlaffung oder selbst zu einem Zusammenbruch führte. Sie tat lieber alles selbst, ehe daß sie fremde Personen um sich duldete.

Sie verlobte sich im Alter von etwa 20 Jahren mit ihrem jetzigen Ehemann, es war eine wirkliche Herzensneigung, die sie zusammenführte. Sie scheint schon als Braut mit großem Abscheu an die natürlichen Folgen des Geschlechtsverkehrs,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an die Schwangerschaft und Mutterschaft gedacht zu haben. Das Geschlechtsempfinden an sich hat ihr nicht gefehlt, wenn sie sich auch in der Hinsicht als kühler und ablehnender hinstellt als es von ihrem Gatten zugegeben wird. In dem Gedanken an die Schwangerschaft habe sie aber schon in der Hochzeitsnacht einen Selbstmordversuch mit Lysol gemacht, wobei sie sich aber nur den Mund verbrannt hat. Trotz aller Verhütungsmaßnahmen wurde sie im Jahre 1906 schwanger. Und damit veränderte sich ihr Wesen in immer mehr zunehmendem Maße, indem die Reizbarkeit sich gewaltig steigerte. Es stellten sich Erregungszustände und Wutanfälle ein, die sich besonders gegen ihren Mann richteten, den sie mit den gehässigsten Schimpfworten belegte. Sie lehnte jede frauenärztliche Untersuchung, vor der sie einen Ekel empfinde, ab, war ganz unzugänglich, drohte, ihr Kind mit einer Nadel durchbohren zu wollen oder es mit Gas zu vergiften, nahm auch selbst einmal eine größere Menge von Veronal, anscheinend in selbstmörderischer Absicht. Der Zustand machte die Unterbringung in einer Heilanstalt erforderlich, anfangs in einer geschlossenen, in welcher ihre Erregung als eine tobsuchtartige gekennzeichnet wird. Nach einigen Wochen oder Monaten konnte sie in eine offene und dann in die Häuslichkeit übergeführt werden. Nach der Entbindung stellten sich noch leichtere Erregungszustände ein, die aber in wenigen Wochen abklangen, und nun folgte eine sich über Jahre erstreckende Zeit der Ruhe und des verhältnismäßig guten Befindens. Ihr Kind, einen Jungen, liebte sie mit einem Übermaß von Liebe und Fürsorge, und auch das Verhältnis zu ihrem Ehemann war jahrelang ein gutes, wenn sich auch die Reizbarkeit bei der Periode immer wieder geltend machte. Sie macht ihrem Ehemann nachträglich den Vorwurf, daß er sie in diesen Jahren durch Geselligkeit, Theaterbesuch usw. zu sehr angespannt und überlastet habe.

Im Jahre 1913 folgte die zweite Schwangerschaft. Damit begann das seelische Leiden aufs neue. Sie überhäufte ihren Mann mit Vorwürfen und Scheltworten, drohte, ihr Kind mit Gas zu vergiften; ihr Mann sei ehrlos, habe wie ein Schuft an ihr gehandelt, da ihm verboten sei, sie zum zweiten Male zu schwängern. Zeitweilig war jede Verständigung mit ihr unmöglich. Die Gereiztheit steigerte sich mehr und mehr, es kam dabei auch zu Schreikrämpfen, und es wurde wieder eine Unterbringung in eine Heilanstalt erforderlich. Und zwar ließ sie sich dazu bewegen — oder wie sie später behauptete — vergewaltigen, sich in die Abteilung für „Freiwillige Pensionäre" aufnehmen zu lassen (November 1913). Auch hier zeigt sie sich sehr erregt und abweisend, verweigert jede Untersuchung, durch die sie sich entehrt fühlen würde; beschimpft ihren Ehemann, von dem sie sich scheiden lassen wolle, bedroht ihn mit Ohrfeigen, erklärt den Ärzten, daß sie ihr unsympathisch seien. Sie habe sich über den Tod des Kreisarztes (der sie beim Eintritt untersucht hatte) so gefreut wie selten über etwas. In dem Attest dieses Arztes ist folgende Bekundung enthalten: „Die Furcht vor der Gravidität, die sie haßt und welchen Zustand sie gleichsam für sie als erniedrigend und unästhetisch betrachtet, diesen Haß dehnt sie auch auf Familienmitglieder aus, die in irgendeinem Zusammenhang mit diesem Zustand stehen (Ehemann und künftiges Kind). Die Aufregung und Schlaflosigkeit macht die Anwendung von narkotischen bzw. hypnotischen Mitteln wie Luminal, Paraldehyd, Morphium u. a. erforderlich. Ihre Stimmung ist im Laufe der Wochen eine schwankende, meist ist sie schroff und abweisend, oft auch besonders liebenswürdig; immer gereizt gegen den Ehemann. Vorübergehend kommt es zur Nahrungsverweigerung." In einem Briefe, der an den Gatten gerichtet ist, heißt es: „Ich bin hier den Blicken der ganzen Gesellschaft preisgegeben. Hättest Du mich lieber getötet." Sie behauptet von ihm, er sei ein Teufel in Menschengestalt, gehe über Leichen; er würde sich schon das Genick brechen. „Die ganze Bande hier sind Heuchler, der Arzt ein Greuel." Andermalen wendet sie sich mit Briefen, die von Liebessehnsucht erfüllt sind,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an ihn. Im November schreibt sie einen Abschiedsbrief an ihr Kind (den fünfjährigen Sohn), offenbar auf Grund von Todes- oder Selbstmordgedanken. „Er ist von Deiner Mutter, die nun tot ist. Dein Wesen — ganz wie das Papas — wird Dir alle Herzen gewinnen. Der Papa hat Mutti aus dem Hause gewiesen usw."

Sie gebar ihr zweites Kind, ein Mädchen, in der Heilanstalt, haßte es schon vor seiner Geburt, wollte es überhaupt nicht sehen, und hat an dieser Empfindung bis heute festgehalten.

In der Folgezeit war das Empfinden wechselnd, im Frühjahr 1914 erreichte die Reizbarkeit, besonders ihrem Manne gegenüber, wieder einen solchen Grad, daß dieser es für notwendig hielt, sie wieder in einer Heilanstalt unterzubringen. Ihr Verhalten in dieser entsprach ganz dem in der früheren. Sie war abweisend gegen die Ärzte, denen sie größtes Mißtrauen entgegenbrachte, die sie als Kerkermeister bezeichnete; schimpfte auf ihren Mann, von dem sie sich scheiden lassen wolle, auf die ganze Welt. Die Welt sei schlecht und wert, daß sie untergehe. Sie wolle hinfliehen, wo keine überflüssigen Menschen, besonders keine Kinder sind. „Von meinem Mann hält mich Furcht, Abscheu, Verachtung jahrelang fern." „Die Ärzte stecken alle unter einer Decke."

Mit der Zeit klang die Erregung ab, so daß sie wieder entlassen werden konnte, aber sie lebte von ihrem Manne getrennt mit einer Pflegerin; aber sie trafen doch häufig zusammen, und es kam nie zu einem völligen Bruch. Im Jahre 1917 wurde sie zum dritten Male schwanger. Jetzt erreichte die Reizbarkeit und die Erbitterung wieder einen so hohen Grad, daß sie — etwa im 5. Monat — wieder einer Anstalt überwiesen werden mußte, aus der sie aber einige Wochen vor der Entbindung wieder entlassen werden konnte.

Im September wurde sie von einem Mädchen entbunden. Sie hatte schon in der Schwangerschaft geäußert: „Ich habe nicht die Absicht und den Wunsch, das kommende Kind auch nur eine Stunde lang im Hause zu behalten." Das Kind, ein Mädchen, wurde gleich nach der Geburt einem Säuglingsheim übergeben, und sie hat sich bis heute nicht wieder um es gekümmert. Sie verabredete mit ihrem Arzte, daß er sie durch eine Operation steril machen solle.

Am 25. X. 1917 erschien sie in meiner Sprechstunde und ist seit jener Zeit bis in die letzten Wochen in meiner Behandlung geblieben. Die vorstehend mitgeteilten Angaben verdanke ich teils ihr selbst und ihrem Ehemann, zum Teil den Ärzten, in deren Heilanstalten sie behandelt worden war. Ihr Mann stellt ihrem Charakter ein gutes Zeugnis aus, sie sei überaus pflichttreu, selbstlos, durchaus wahrheitsliebend, auch von tiefer Empfindung — alles aber nur, solange sie sich im normalen Zustande befinde. Die Wahrheitsliebe bleibe auch in der Krankheitszeit bestehen. Auch mir kam sie anfangs mit Mißtrauen entgegen, das sich aber bald in ein immer mehr wachsendes Zutrauen und in starke Anhänglichkeit verwandelte. Ihr Befinden war ein wechselndes, indem die Erregung und Erregbarkeit besonders zur Zeit der Periode sich steigerte und sich häufig Zustände von Verstimmung mit „folternder Angst" einstellten. Die Besserung schritt unter seelischer Beeinflussung so weit vor, daß das Ehepaar sich wieder vereinigen konnte. Die beiden älteren Kinder behielten sie bei sich, das jüngste blieb im Säuglingsheim. Die Kranke erwies sich als eine Persönlichkeit von reichem Wissen und einer Begabung sicher über dem Durchschnitt; besonders empfänglich für Musik und Naturschönheit. Solange sie nicht von ihrer Erbitterung gegen Mann, Kinder, die früheren Ärzte völlig beherrscht war, konnte sie sich mit Begeisterung dem Natur- und Kunstgenuß hingeben und wie ein Mädchen schwärmen, auch über vieles ein scharfes, oft von Eigenart zeugendes Urteil abgeben, während manche ihrer Äußerungen das Gepräge der Überspanntheit und Verschrobenheit hatten. In der Regel steht sie ganz unter dem Banne ihrer krankhaften Empfindungen und Vorstellungen: Sie könne es ihrem Manne nie vergeben, daß er sie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Anstalten eingesperrt hat, sie stellt ihn als einen minderwertigen Charakter hin, dem es nur ums Vorwärtskommen zu tun sei, sie hält ihn für einen „Schauspieler", für unwahr und heuchlerisch. Aber sie könne doch nicht von ihm los, sie liebe ihn wie eine Mutter ihr ungeratenes Kind liebe. „Wie viele Schmerzen, Sorgen und Gram, wie viele Tränen mir dieser einzige Mensch schon abgepreßt hat — da geht man entweder zugrunde oder muß hart wie Stein werden." Sie klagt ihn an, daß er für all ihr Leiden kein Gefühl habe, daß er nicht sehe, wie sie sich abhärme und die schwere Last des Haushalts allein auf ihren Schultern trage. Ihre Empfindungen dem Mann gegenüber sind aber doch großen Schwankungen unterworfen; zeitweilig ist sie von einer Sehnsucht nach ihm erfüllt, will ihn allein haben, mit ihm reisen, damit er sich ihr ganz widmen könne; offenbar handelt es sich um einen Widerstreit der Gefühle, in dem bald die der Zuneigung, bald die der Geringschätzung überwiegen. So taucht denn häufig der Gedanke der Ehescheidung auf, die aber dann immer wieder verworfen wird.

Ihre Gefühle und ihr Verhalten ihren Kindern gegenüber sind es nun, die unsere Beachtung in erster Linie verdienen. Und in dieser Hinsicht bleibt sie sich auch ganz treu. Für den Knaben große, vielleicht übergroße Liebe und Fürsorge, gegen die „Mädels" in ruhigen Zeiten äußerste Gleichgültigkeit, in den Perioden der Erregung Abneigung und Haß. Sie kann nicht dulden, daß ihr Mann in ihrer Gegenwart mit dem Töchterchen spricht. „Es geht dann in mir etwas vor, was ich nicht beschreiben kann." „Wünsche mit mir, daß kein weibliches Wesen mehr die Welt bereichert." „W. (der Knabe) ist das einzige, was ich auf der Welt habe, zu E., die im Irrenhaus geboren, fühle ich die höchste Abneigung, sie habe nur ein Kind, die anderen seien ihr fremde Wesen." „Ich bin so froh, das Balg nicht sehen zu müssen." „Ihr glaubt gar nicht, welche Überwindung der Verkehr mit ihr mich kostet." Sie beklagt sich, daß ihr Söhnchen immer leidend sei (Asthma), „Das Mädchen, jetzt $4^1/_2$ Jahr alt, ist nicht einen Tag lang krank gewesen, es ist das gesündeste, nervenstärkste, blühendste Geschöpf, das ich je gesehen habe." „Ihr schon so bewußtes Kokettieren und Augenverdrehen ist ekelhaft, ekelhaft auch, wie sie sich immer an meinen Mann heranschleicht." Von den zwei Mädchen sagt sie: „Sie sind mir im Wege, es sind ganz fremde Geschöpfe, mit denen ich nichts gemein habe." „ An meinem Jungen hängt mein Herz, mein ganzes Leben, und er geht zugrunde, während die anderen gesund und dick sind."

Trotz dieser völligen Verleugnung hat sie sich aber nie zu einer Mißhandlung der Tochter verleiten lassen, tut, wie der Vater versichert, auch diesem Kinde gegenüber, meist ihre Pflicht und Schuldigkeit, ohne ihr aber jemals Zärtlichkeit und Wohlwollen zu bekunden.

Eine ihrer Hauptbeschwerden war während der ganzen Behandlungszeit der mangelhafte Schlaf, der sie veranlaßte, Schlafmittel, besonders Adalin, zu nehmen und die in Zeiten gesteigerter Erregbarkeit besonders hervortretende Hyperaesthesia Acustici.

In einem ihrer Briefe vom 8. VIII. dieses Jahres heißt es: „Mein Mann hat früher alle seine Abhandlungen zuerst mit mir durchgesprochen und viel auf mein Urteil gegeben. Seit die beiden unglückseligen Mädels meine Kräfte so heruntergebracht haben, hat es darin aber einen Riß gegeben, der mich am allermeisten schmerzt. Für Geldsachen im großen und damit zusammenhängende Unternehmungen fehlt mir total der Sinn. Ich finde, solche Geschäfte verderben auch den Charakter ... Aber in den Romanen ist es ja immer nur dasselbe, soweit es sich um das Problem zwischen Mann und Weib handelt. Es ist natürlich, daß ich in meiner Lage immer nach Ähnlichem suchte. Sobald aber die Mutterschaftsekstase aufs Tapet kommt, kann ich einfach nicht mit. Ich war seinerzeit sehr stolz darauf, meinem Manne, den ich so über alles liebte, einen Sohn gegeben zu haben, noch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dazu ein so prächtiges, ihm ganz ähnliches Kind. Damit war aber mein Ehrgeiz und meine moralische Verpflichtung völlig befriedigt. In bezug auf Kinder sollte jedenfalls einzig und allein die Frau das Recht haben zu entscheiden als der leidtragende Teil, wie es auch kommt. Ich glaube, in seelisch hochstehenden Verhältnissen ist das auch der Fall.

Das, was man im allgemeinen Liebe nennt, ist für mich nichts mehr als jede andere gewöhnliche Körperfunktion, und manchmal sind es recht tiefstehende Frauennaturen, denen solche Liebe am reichsten zuteil wird."

Patientin steht noch unter meiner Beobachtung.

Die hier mitgeteilten 5 Beobachtungen sind zwar keine gleichartigen, aber sie haben doch viel miteinander gemein, und ich will zunächst das hervorheben, was sie miteinander verbindet.

Das erste ist, daß es sich in allen Fällen um Frauen, um Mütter handelt, sowie um ihre in gesetzlicher Ehe geborenen Kinder. Damit darf gewiß nicht in Abrede gestellt werden, daß sich die gleiche Erscheinung auch bei Vätern findet, aber es fehlt mir an entsprechenden Erfahrungen, und man kann daraus wohl nur so viel schließen, daß die Misopädie bei Männern weit seltener und wohl auch nicht in dem Maße als Unnatur in die Erscheinung tritt, daß sie den Verdacht auf eine krankhafte Grundlage lenkt. Von der sich auf die Kindestötung und die an den eigenen Kindern begangenen Grausamkeiten, an der auch die Väter ihren Anteil haben, beziehenden Literatur darf hier abgesehen werden, ebenso wie es nicht angebracht ist, die bekannten Beispiele aus der Geschichte und schöngeistigen Literatur, besonders der russischen, an dieser Stelle zu berücksichtigen.

Des weiteren ist es bemerkenswert, daß sich der Kinderhaß der Mütter fast durchweg gegen die Töchter richtet, wir haben nur eine Ausnahme (Beobachtung II), die aber auch sonst die Erscheinung nicht in ihrer vollen typischen Ausbildung zeigt. Immerhin gibt ein so kleiner Kreis von Erfahrungen nicht die Berechtigung zu Schlüssen von allgemeiner Gültigkeit in bezug auf diesen Punkt.

Eine weitere Tatsache, die nun in allen Beobachtungen wiederkehrt, wenn sie auch nicht überall in gleicher Stärke entwickelt ist, ist die zwischen den Ehegatten herrschende Unstimmigkeit, der Mangel der ehelichen Eintracht und des Eheglücks, der freilich zum Teil wieder durch den krankhaften Seelenzustand der Frau bedingt wird.

Von großer Bedeutung ist es dann weiter, daß sich die Eigentümlichkeit in allen unseren Beobachtungen auf demselben Krankheitsboden entwickelt. Es sind durchweg psychopathische Persönlichkeiten, und es treten bei der Mehrzahl in mehr oder weniger starker Ausbildung hysterische Züge hervor. Das durchgehende und Hauptmerkmal ist aber fraglos die Psychopathie. Keine einzige dieser Frauen kann man ohne weiteres als ethisch minderwertig be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeichnen, vielmehr zeichnen sie sich alle durch eine unharmonische Ausbildung ihrer seelischen Anlagen, durch ein widerspruchsvolles Nebeneinanderbestehen von Vorzügen, sogar hervorragenden Charaktereigenschaften und Untugenden aus. Den Grundzug bildet die gesteigerte Gemütserregbarkeit, der jähe Stimmungswechsel, so daß bei sonst guter Ausbildung der Verstandeskräfte die Besonnenheit und Urteilsfähigkeit durch die krankhaft gesteigerte Affektivität mehr oder weniger stark beeinträchtigt oder aufgehoben wird.

Wenden wir uns nun der Erscheinung zu, die unseren Beobachtungen ihre Sonderstellung gibt, der Misopädie, so sehen wir, daß auch sie ihrer Entstehung, ihrem Wesen und ihrer Begründung nach keine ganz gleichmäßige Eigenschaft darstellt. Da stehen zunächst diejenigen Fälle (I—III), in denen der Haß erst im Laufe der Jahre aus der ursprünglich vorhandenen Zuneigung sich entwickelt, den anderen gegenüber, in denen er von vornherein schon dem Neugeborenen gegenüber besteht oder sogar schon vor der Geburt dem künftigen Sprößling sich entgegenwendet. Das sind doch tiefgreifende Verschiedenheiten. Aber wir müssen auch da noch etwas weiter eindringen. Zweifellos ist es die häufigere und auch weniger unnatürliche Form, in der eine Grundeigenschaft der Hysterie und Psychopathie nur zu besonderem Ausdruck kommt, wenn sich im Laufe des Lebens zwischen der Mutter und dem heranwachsenden Kinde, besonders der Tochter, aus den steten Reibungen, Verdächtigungen und Unstimmigkeiten, wie sie die krankhafte Anlage mit sich bringt, allmählich oder plötzlich eine sich zum Haß steigernde Abneigung entwickelt. Es sind da noch verschiedene Umstände zu berücksichtigen. Einmal sind die Gefühle der Hysterischen bei aller Überschwenglichkeit doch in der Regel oberflächlicher und weniger bodenständig, weniger tief verankert als die der seelisch gesunden Mütter. Daraus erklärt es sich, daß sich selbst die Mutterliebe bei ihnen leichter entwurzeln läßt. Dazu kommt, daß doch auch die Kinder sehr oft als Erbgut die Hysterie der Mutter übernehmen, oder daß diese sich sogar bei dem einen oder anderen in ethische Minderwertigkeit verwandelt, die nun ihrerseits wieder der Zwietracht Nahrung gibt. Schließlich mischt sich oft noch eine der Mutterliebe entgegenwirkende und sie oft geradezu untergrabende Empfindung: die Eifersucht, hinein, wie in Beobachtung I (vielleicht auch III), wenn die Mutter in der heranwachsenden Tochter, deren jugendliche Reize das Wohlgefallen der Männer auf sich ziehen, die Nebenbuhlerin erblickt[1]). So häufig das auch vorkommt, so sind doch in der Regel die mütterlichen und sittlichen Gefühle stark genug, um die Eifersucht in Schach zu

[1]) Es mag auch daran erinnert werden, daß es Frauen gibt, die sich gegen die Schwangerschaft sträuben und durch die Mutterschaft deshalb nicht beglückt werden, weil sie sich nicht mit dem Kinde in die Liebe des Mannes teilen wollen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halten. Bei psychopathisch minderwertigen Naturen kann aber diese Empfindung wesentlich dazu beitragen, den Haß gegen das Kind zu begründen und zu unterhalten.

Die häufigste Form der Misopädie, wie sie besonders bei Hysterischen vorkommt, hat, wie außer Beobachtung I auch zahlreiche, hier nicht mitgeteilte Fälle lehren, einen unbeständigen Charakter, besteht nur für eine gewisse Zeit, um dann wieder zu schwinden oder geradezu in das Gegenteil: eine überschwengliche Liebe umzuschlagen. Und so kann sich dieser Wandel immer wieder vollziehen. Es gibt aber auch Ausnahmen, Fälle, wie Beobachtung III, in denen die Misopädie, obgleich sie sich bei einer Hysterischen entwickelt hat, zu einer ständigen und unbeeinflußbaren Erscheinung wird und sich sogar noch auf das Enkelkind überträgt.

Beobachtung IV und V führen uns die Form des Kinderhasses vor Augen, die das Gepräge des Krankhaften am deutlichsten an der Stirn trägt, da hier zu den Spielarten der Zu- und Abneigung, die wir in der Breite der Gesundheit beobachten, keine Brücke hinüberzuführen scheint. Kann man bei den durch die Beobachtungen I—III erläuterten Zuständen den Einwand erheben, daß an der Begründung des Zerwürfnisses das Kind einen mehr oder weniger erheblichen Teil der Schuld trägt, so fällt diese Grundlage hier ganz fort. Der Haß erstreckt sich schon auf das Neugeborene, ja auf die Frucht im Mutterleibe. Das steht so außerhalb der „Normalpsychologie", daß die krankhafte Natur sofort in die Augen springt, und daß man geneigt sein könnte, die Bezeichnung Misopädie dieser Form vorzubehalten.

Betrachten wir die beiden einschlägigen Fälle, so zeigen sich auch da wieder Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. Beide sind psychopathische Persönlichkeiten, und bei beiden spielt die Abneigung gegen die Schwangerschaft eine wesentliche Rolle, aber bei Frau J. liegt dieser die Empfindung der Schmerzfurcht (die Algophobie) zugrunde, und es ist nicht ohne weiteres verständlich, wie sich aus diesem seelischen Vorgang der Haß gegen ihr Kind entwickelt, der kurze Zeit nach der Geburt einsetzt und sich dann als dauernd und unbeeinflußbar erweist. Dieser Mangel des natürlichen Muttergefühls hat bei der sonst nicht schwer entarteten, sittlich keineswegs tiefstehenden und gemütreichen Persönlichkeit etwas Befremdendes. Gewiß sind die Gefühlsbeziehungen zu ihrem Manne keine innigen und erfahren namentlich nach der Geburt des Kindes eine Lockerung. Aber die Abneigung gegen das eigene Kind hat bei dieser Frau doch etwas Überraschendes und wird auch von ihr selbst als ein Mangel und Makel empfunden.

Eigentümlicher ist noch der andere Fall (V). Zunächst sind hier die psychopathischen Züge weit stärker ausgeprägt. Schwere Belastung, von Haus aus mannigfache Charaktereigentümlichkeiten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die sich nach der Pubertät immer schärfer herausheben. Sie ist entschieden begabt, lernt sehr gut, spielt aber nicht wie andere Kinder, hat keine Freude an Puppen, an Schmuck. In ethischer Beziehung muß man sie eher als hochwertig bezeichnen. Sie hat ein weiches Gemüt, ist empfänglich für alles Schöne, äußerst wahrheitsliebend und opferfähig. Aber ihre Reizbarkeit, die sich besonders zur Zeit der Menses steigert, ist eine krankhafte und trübt ihr Urteil, macht sie ungerecht und zanksüchtig. Besonders quälend ist eine sich in Zeiten der Erregung geltend machende Überempfindlichkeit des Gehörs gegen die menschliche Sprache, und zwar vorwiegend gegen bestimmte Konsonanten.

Dazu kommt nun als besonderer Wesenszug die Abneigung gegen das weibliche Geschlecht und namentlich gegen Kinder im allgemeinen, die sie von einem Kindheitstraum ableiten zu dürfen glaubt. Jedenfalls läßt sie sich nicht auf eine abnorme geschlechtliche Anlage zurückführen.

Während diese Eigenart zunächst nicht in quälender und auch nicht in störender Weise zutage tritt, beginnt sie mit ihrer Verheiratung einschneidend in ihr Leben einzugreifen. Sie hatte immer eine Abneigung gegen alles, was mit der Mutterschaft im Zusammenhang steht, schon der Vorgang der Menstruation flößte ihr Ekel ein. Diese Veranlagung hindert sie aber nicht, sich zu verheiraten, und es ist eine starke Zuneigung zu dem Manne, die sie alle entgegenstrebenden Empfindungen überwinden läßt. Dem Geschlechtsverkehr entzieht sie sich nicht, versucht aber die Schwangerschaft zu verhüten.

Als das mißglückt, gerät sie in heftige Erregung bis zu dem Grade, daß der Zustand die Unterbringung in einer Heilanstalt erforderlich macht. Es handelt sich nicht um eine neu hinzugetretene Form der Seelenstörung, sondern nur um eine zeitweilige Steigerung der psychopathischen Reizbarkeit, bei der durch Urteilstrübung paranoide Züge in die Erscheinung treten, ohne daß sich jemals ein Wahn entwickelt. Nach der Entbindung klingt die Erregung ab, und sie bringt ihrem ersten Kinde, einem Knaben, ein natürliches Muttergefühl, eine große Liebe und warme Fürsorge entgegen, die sie ihm auch bewahrt. Ganz anders aber ist ihr Verhalten den folgenden Kindern, den beiden Mädchen, gegenüber. Nachdem sich auch hier der Abscheu gegen die Gravidität wieder geltend gemacht hat und während dieser Zeit wieder schwere Erregungszustände aufgetreten waren, in denen sie mit der Tötung des Kindes drohte, ist sie vom Tage der Geburt an von einem unbezwinglichen Haß gegen diese Kinder erfüllt. Hier tritt eine Fühllosigkeit zutage, die in einem auffallenden Widerspruch zu der ganzen Gemütsart der Kranken steht und zu Äußerungen führt, die geradezu einen zynischen Charakter haben. „Ich habe nur ein Kind, die andere[n]

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir fremde Wesen. Ich bin so froh, das Balg nicht sehen zu müssen, ihr glaubt gar nicht, welche Überwindung der Verkehr mit ihr mich kostet.“ Sie beklagt sich, daß ihr Sohn immer leidend sei, während das Mädel, jetzt $4^1/_2$ Jahr, nicht einen Tag lang krank gewesen und das gesündeste und blühendste Geschöpf sei, das sie je gesehen; ja sie erblickt in ihr schon etwas Dirnenhaftes, ein Kokettieren und Augenverdrehen; es ist ihr ekelhaft, wie sie sich an den Vater heranschleicht usw. „An meinem Jungen hängt mein Herz, mein ganzes Leben, und er geht zugrunde, während die anderen gesund und dick sind.“

Es handelt sich da aber nicht nur um Äußerungen, die in der Erregung fallen, wenn sie gewiß auch durch diese einen schrofferen Charakter erhalten, sondern es entspricht diesem Empfinden auch ihre Gleichgültigkeit den Mädchen gegenüber. Gegen das ältere tut sie freilich ihre Pflicht, ohne ihm jemals etwas Liebes zu erweisen; das jüngste Kind übergibt sie einem Säuglingsheim, ohne sich wieder nach ihm umzusehen.

Alle Versuche, sie über das Unnatürliche und Unsittliche ihres Verhaltens aufzuklären und sie in dieser Hinsicht zu einer Selbsterziehung anzuhalten, scheitern, während die Dame sonst dem Zuspruch, der Belehrung und der seelischen Beeinflussung zugänglich ist.

Aus alledem erkennen wir, daß die Misopädie verschiedene Quellen hat, und es ist vielleicht angebracht, danach verschiedene Unterarten dieser Krankheitsäußerung zu unterscheiden. Der Boden, auf dem sie entsteht, ist die psychopathische Konstitution. Sie kann zum Bilde der Hysterie gehören und sich infolge der erhöhten Gemütserregbarkeit und Affektschwankungen dem heranwachsenden Kinde gegenüber entwickeln, wobei ihre Entstehung noch begünstigt wird durch die mangelhafte Tiefe und Stetigkeit der Gefühle, welche sich auch auf die Mutterliebe erstreckt und durch die krankhafte Seelenbeschaffenheit des Kindes, welche der Zwietracht Nahrung zuführt und dem Ausgleich entgegenwirkt. Durchweg scheint eheliche Disharmonie vorzuliegen. Die hysterische Misopädie ist in der Regel keine beständige Krankheitserscheinung, sondern den Schwankungen unterworfen, welche den seelischen Äußerungen dieses Leidens im allgemeinen zukommen. Dadurch lehnt sie sich am engsten denjenigen Arten der Abneigung und Feindseligkeit an, welche wir zwischen Mutter und Kind auch noch in der Breite der Gesundheit beobachten. Als ein fördernder Einfluß kommt häufig die Eifersucht gegen die heranwachsende Tochter hinzu.

Es kann aber auch auf dem Grunde der Hysterie eine dauerhafte Form der Misopädie entstehen.

In ausgesprochener und überzeugender Weise tritt sie uns in den [illegible] entgegen, in welchen sie sich schon auf das neugeborene

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kind bezieht. Hier fehlt ihr jede sich noch an das Normalpsychologische anschließende Begründung. Auch bildet sie, soweit wir aus den wenigen Fällen unserer Beobachtung schließen können, einen Dauerzustand, eine anscheinend unheilbare Störung des Gemütslebens. Ihre Wurzeln scheint sie tief im Unbewußten zu haben, und es ist durchaus möglich, daß Kindheitseindrücke, Traumerlebnisse, Verdrängungsvorgänge, kurz Freudsche Mechanismen, bei ihrer Entwicklung eine Rolle spielen.

Wenn der Kindesmord auf krankhafter Grundlage und die Kindermißhandlung gewiß auch durch die Misopädie begünstigt werden, so haben diese Erscheinungen doch meist eine andere Ursache und Grundlage und müssen von der Misopädie im engeren Sinne des Wortes getrennt werden.

Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

(Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Bern [Dir.: Prof. Dr. v. Speyr.].)

Über Zeichnungen von Gesichtshalluzinationen.

Von

Privatdozent Dr. **W. Morgenthaler** (Waldau bei Bern).

Mit 1 Textabbildung und 3 Tafeln.

(Eingegangen am 10. September 1918.)

Im folgenden möchte ich an drei Fällen zu zeigen versuchen, wie das Zeichnenlassen der Gesichtshalluzinationen neue Einblicke in die alten Probleme der Trugwahrnehmungen tun läßt.

Fall 1. Ein 36jähriger Knecht, der seit einigen Jahren an Dementia praecox leidet und schon einmal ein Delirium tremens durchgemacht hat, wurde Anfang Mai 1917 in die Anstalt gebracht. Er hatte, nach Alkoholabusus, seit einer Woche einen akuten Erregungszustand von deutlich alkoholischer Färbung: Angst, Suicidideen, massenhafte Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Körpergefühls. Die akuten Erscheinungen gingen im Laufe von 2 Monaten anfangs langsam, dann schneller zurück, und gegenwärtig (Sept. 1917) ist der Kranke ruhig, eher gleichgültig, hat noch Körpergefühlshalluzinationen und vage Verfolgungsideen und zeichnet sich durch eine große Einsichtslosigkeit seiner Vergangenheit und seiner gegenwärtigen Lage gegenüber aus. Er ist sehr stark myop. (Beiderseits —20,0, deutliche Veränderungen des Augenhintergrundes: Konus und Marmorierung der Netzhaut.) Die Gesichtshalluzinationen standen lange Zeit im Vordergrund des Krankheitsbildes: Der Kranke gab an, er sehe allerlei Leute, die ihn verfolgen, Landjäger, viele seiner Nachbarn, die er mit Namen aufzählte, Zauberer usw. Alle die Personen kamen auf ihn los, fuhren ihm in der Luft nach; er mußte sie daher immer wieder abwehren, indem er mit Händen und Taschentuch nach ihnen, d. h. in die Luft, schlug. Wollte man genauer auf die Erscheinungen eingehen, so wurden die Angaben zusehends unbestimmter: Er habe nur im Anfang geglaubt, es seien natürliche, leibhaftige Personen, später aber habe er gemerkt, daß alles nur Zauberei sei, „daß die Personen nur erscheinen". Am 14. V. halluzinierte er recht lebhaft, sah den Zauberer an der Decke, dann auf sich zukommen, nachher sah er auch seine Nachbarn, die ihn töten wollten, so daß er energisch mit dem Taschentuch nach ihnen schlagen mußte. Aufgefordert, den Zauberer zu zeichnen, weigerte er sich anfangs energisch und machte Ausflüchte: Er könne nicht zeichnen, man solle ihn doch sein lassen, sein Herz sei so schwer usw. Auf weiteres Drängen kam dann heraus: Er sehe halt die Gestalten nicht genau, sehe hauptsächlich einen hellen Schein; die Gestalten seien wie aus Celluloid; der helle Schein sei meist an der Decke, er fahre aber viel im Zimmer umher, jetzt sehe er ihn auch auf dem Papier. Er nimmt dann den Bleistift, legt ihn einige Male wieder hin und fängt auf weiteres Drängen zögernd an zu zeichnen, bis endlich eine menschliche Figur entsteht (s. Abb.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sein Zeichnen macht aber gar nicht den Eindruck eines Abzeichnens oder Kopierens, sondern vielmehr den eines Zeichnens aus der Erinnerung: Er macht einige Striche, hält dann inne, besinnt sich, verbessert da und dort etwas, sinnt vor sich hin und macht Miene aufzuhören, zeichnet dann doch wieder weiter usw. Dabei betont er immer wieder, die Zeichnung sei „nicht gut", „nicht schön".

Daraus geht hervor, daß der Mann wohl beschrieben und gezeichnet hat, was er zu sehen geglaubt hat, aber sicherlich nicht, was und wie er wirklich gesehen hat. Er glaubt Männer zu sehen; er weiß, daß ein Mann zwei Arme und zwei Beine hat, deshalb zeichnet er ihm auch zwei Arme und zwei Beine. Wirklich gesehen werden wahrscheinlich nur unbestimmte, elementare, subjektive Lichterscheinungen. Es handelt sich also nicht um eine physioplastische, sondern um eine ausgesprochen ideoplastische Zeichnung, wie sie ja von Untersuchungen an Kindern und Naturvölkern zur Genüge bekannt sind. Die Mehrzahl der Gesichtshalluzinationen zerfließen einem bei genauerem Eingehen auf diese Weise unter den Händen, so daß sie, was die genauere Untersuchung der Form anbetrifft, wertlos sind.

Abb. 1.

Von großem Werte aber wäre es, wenn wir besonnene Kranke mit deutlichen Gesichtshalluzinationen finden könnten, die nicht nur kritisch denken, sondern auch sich zeichnerisch ausdrücken könnten. Es ist mir gelungen, zwei Fälle, die diesen Bedingungen entsprechen, zu entdecken. Die Einblicke, die ihre Zeichnungen gestatten, sind, wie ich glaube, nicht nur von großem Werte für die Gesichtshalluzinationen, sondern für die Genese der Halluzinationen überhaupt.

Fall 2. Eine 21jährige Seminaristin leidet an Dementia praecox. In ihrer Familie kommen Zeichner und andere Künstler vor. Die Kranke selber ist ein ausgesprochen visueller Typus, hat Talent zum Zeichnen und tat sich von jeher durch große Wahrhaftigkeit hervor. Sie litt schon lange vor Krankheitsausbruch zeitweise an heftigen Kopfschmerzen. Kurz vor Eintritt in die Anstalt wurde die Vermutungsdiagnose Hirntumor gestellt, die aber wieder fallen gelassen wurde. (Es hatte sich dabei wahrscheinlich um vorübergehende Zeichen von Hirndruck gehandelt, wie sie bei Dementia praecox ja nicht selten beobachtet werden.) In der Anstalt hatte die Kranke zahlreiche Sinnestäuschungen des Körpergefühls, des Gehörs und des Gesichts. Sie sah alles Mögliche; einmal z. B. die ganze Umgebung doppelt und mehrfach. Meist aber sah sie eigentümliche Gebilde, die sie selber deutete. Dabei hielt sie immer genau auseinander, was sie sah und wie sie's sah einerseits (zum Unterschied von Fall 1) und andererseits, was sie selber in das Gesehene hineinlegte. So sah sie nicht selten eigentümliche Gebilde vor sich, die sie als sich selber, als ihr eigenes Ich erklärte und in die sie wohl zum Teil auch ihre Körpergefühlshalluzinationen hineindeutete (s. Taf. I, Abb. 2). Noch eindeutiger sind ihre „Hustenbilder" (s. Taf. I, Abb. 1, Erklärung). Sie sah nämlich beim Husten eigentümliche, unregelmäßige Gebilde, meist von schwarzer oder gelber Farbe, aus denen zackige, oder seltsam gewundene, rote Linien, oder punkt- und flockenförmige Figuren stark hervortraten. Sie erklärte sich diese Erschei-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nungen dadurch, daß sie sich den Inhalt des Kopfes als eine Wolke vorstellte, von der diese Gebilde abgerissene Stücke seien. Sehen könne sie sie, weil sie fühle, wie sich im Augenblick des Hustens ihre Augen nach innen drehen, so daß sie wohl alles, was im Kopf vorgehe, von der Außenwelt aber nichts sehe.

Die Kranke stellt diese, sicher peripher durch den plötzlichen Blutandrang ins Auge beim Husten ausgelösten Erscheinungen ihren andern Halluzinationen völlig gleich. Eine Halluzination, die ebenfalls eine starke Beeinflussung durch entoptische Erscheinungen vermuten läßt, ist Taf. I, Abb. 2, doch sind hier die peripheren Einflüsse nicht so einwandfrei nachzuweisen, wie bei den „Hustenbildern". — Andere Zeichnungen erklärt die Kranke durch Erinnerungen aus ihrem Leben, kosmische und philosophische Theorien usw.

Fall 3. Ein 1875 geborener Dr. phil., Chemiker, stammte aus einer ziemlich stark belasteten Familie, in der außerdem künstlerische Veranlagung vorhanden ist: Eine Schwester ist Malerin; sowohl er selber, wie sein einziges Kind haben ausgesprochenes Talent zur zeichnerischen Darstellung. Er ist 1913 in die Waldau eingetreten und Ende Mai 1917 an Tuberkulose gestorben. Er hatte eine Myopie von —3,5 beiderseits; keinen Astigmatismus. Das psychische Krankheitsbild war das einer typischen Katatonie. Außer schweren Assoziationsstörungen und Wahnideen, sowie Affekt- und Willensstörungen, die nach und nach zu ausgesprochener Zerfahrenheit und Abstumpfung des Gefühls- und Willenslebens und außerdem zu einer ausgesprochenen Hypersensibilität führten, halluzinierte der Kranke auf allen Sinnesgebieten. Neben massenhaften Gehörstäuschungen beherrschten längere Zeit auch Halluzinationen des Gesichts das Krankheitsbild.

Diese Gesichtshalluzinationen kann man in zwei Gruppen einteilen:

Bei der einen Gruppe (s. Taf. II, Abb. 3 u. 4) befindet sich über einem festen Sockel ein Zentrum, von dem aus nach oben und nach den Seiten eine Bewegung, „ein Flammen", „ein Wallen", „ein Flackern" ausgeht. Der Kranke sucht diese Bewegung entweder als Flammen oder als Federn darzustellen. Das Zentrum, von dem diese Bewegung ausgeht, ist meist eine Gestalt, z. B. ein Pfau oder ein menschlicher Kopf mit Feuer aus Mund und Augen, die lange da ist und sich langsam auf den Kranken zu und wieder von ihm wegbewegt, „wie eine Lokomotive". Diese zentralen Gestalten können ineinander übergehen; so z. B. kann der Pfau übergehen in eine Katze, diese in ein Pferd und dieses wieder in einen Menschen. Dabei betonte der Kranke zu verschiedenen Malen spontan, es komme ihm selber seltsam vor, wie die Übergänge von einer Gestalt in eine andere nicht etwa verschwommen, nebelhaft vor sich gehen, sondern wie er auch während des Überganges die Gestalten ganz deutlich sehe; auch während der Übergänge seien sie „ganz körperlich". Oft sind diese Halluzinationen eingefaßt von nackten Gestalten, von denen hin und wieder eine auch ins Zentrum rücken kann.

Die zweite Gruppe besteht aus einer einzigen, mit geringen Variationen immer wiederkehrenden Halluzination, über die der Kranke nicht selten klagte. Im Herbst 1915 aufgefordert, auch diese Halluzination zu zeichnen, erklärte er erst, das könne er nicht; es sei unmöglich, da es ihn zu sehr aufregen würde. Als er kurze Zeit nachher zufällig eine phantastische, dekorativ wirkende Zeichnung eines schizophrenen Landarbeiters zu Gesicht bekam, wurde der sonst meist völlig apathische und energielose Kranke plötzlich lebhaft und meinte interessiert, das komme ihm bekannt vor, etwas Ähnliches habe er auch schon gesehen, allerdings sei die Halluzination, die ihn immer wieder plage, anders; er habe schon seit langem immer nachgedacht, ob er nicht früher mal, z. B. in Museen etwas Ähnliches gesehen habe; es seien ihm dann Fragmente von alter Kunst in den Sinn gekommen (z. B. alt-ägyptischer, alt-assyrischer usw.); viel näher mit seiner Vision verwandt sei nun aber diese Zeichnung des kranken Landarbeiters, aber auch damit lasse sie sich nicht gut vergleichen. Nochmals zu einem Versuch, die Vision

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu zeichnen aufgefordert, machte er sich nach einiger Überwindung dahinter und im Laufe der nächsten paar Wochen wurde ein Bild vollendet, allerdings zögernd und mit Unterbrechungen (Taf. III, Abb. 5). Der Kranke gab nämlich an, er könne nur kurze Zeit daran arbeiten, dann werde das Bild sofort lebendig, fange vor seinen Augen an zu flackern und zu flimmern, und er müsse aufhören; aber auch außerdem mache es ihm große Mühe und rege ihn auf, wenn er an der Zeichnung längere Zeit anhaltend arbeite.

Nach dem Bilde erklärte der Kranke nun seine Vision folgendermaßen: Das Ganze ist in beständiger Bewegung, nur die Formen bleiben. Links unten fängt's an zu flimmern, erst nur ein Punkt, dann vergrößert es sich zu einem Stern und breitet sich weiter aus bis zu seiner völligen Ausdehnung. Die zwei blauen Seile (nach rechts oben) drehen sich beständig; auch die blauen Tropfen, die in der linken, untern Ecke entstehen, drehen sich, bewegen sich gegen die Seile, indem sie sich vergrößern und gehen in diese über. Die V-Figuren zwischen den Seilen bewegen sich ebenfalls, doch ist es schwer zu beschreiben wie; es ist mehr wie ein Heben und Senken, aber doch auch wie fortschreitende Bewegung, nur weiß er nicht, nach welcher Seite. Auch die grünen Figuren im roten Querbalken bewegen sich, während die Form des Balkens ruhig bleibt. Am lebhaftesten aber sind die Bewegungen des Grundes: „Es ist ein Flimmern, Züngeln oder Flackern." Besonders der Grund ist es, auf den er nicht längere Zeit blicken kann, ohne daß er anfängt, sich zu bewegen. Was er immer wieder betont, und was ihm selber seltsam vorkommt, ist, daß das Bild immer scharf ausgeschnitten aus der Umgebung heraustritt, „wie in einem Rahmen"; so ist z. B. die Rundung links unten meistens nicht ganz zu sehen. Manchmal ist auch eine Ecke schräg abgeschnitten. Auch nachts tritt das Bild aus dem dunkeln Gesichtsfeld scharf abgeschnitten heraus, meist noch viel deutlicher, als am Tag; „Flimmern sieht man ja am Tag auch weniger gut", meinte er; bei geschlossenen Augen sei es deutlicher, als bei offenen, weil er nicht durch die Umgebung gestört werde. Die Gegenstände der Umgebung werden von der Halluzination völlig verdeckt. Am besten sieht er das Bild „im Viereck", d. h. geradeaus. Dreht er den Kopf, so kann er es auf der Seite ebenfalls sehen, doch viel weniger deutlich, dreht er aber bei gerader Kopfhaltung die Augen zur Seite, so sieht er das Bild nicht. Schon für die Kopf-, noch viel mehr aber für die Augenbewegung muß der sehr apathische Kranke sich anstrengen; er klagt, es sei ihm sehr unangenehm, jede Bewegung verursache ihm große Mühe und sei ihm direkt schmerzhaft. Auch bei leichtem Druck auf die Bulbi klagt der Kranke sofort über Schmerzen, während sich (bei diesem ganz leichten Druck) die Halluzination nicht zu verändern scheint. Er sieht sie mit beiden Augen, gleichgültig, ob man das eine verdeckt oder nicht. Hin und wieder taucht das Bild blitzartig vor ihm auf und verschwindet dann wieder, meist aber bleibt es längere Zeit bestehen und kommt dann ebenfalls langsam auf ihn zu und weicht wieder zurück. Diese Halluzination ist dem Kranken deshalb so unangenehm, weil er weiß, daß sie der Vorläufer von heftigen Kopfschmerzen ist. An Kopfschmerzen hat er schon Jahre lang vor der Erkrankung gelitten, hingegen nie an Hemikranie. Auch nach der Vision war der Kopfschmerz immer beidseitig; es war ihm, als hätte er eine Rolle im Kopf, als wäre sein Kopf entzweigeschnitten, wie wenn ein Horizontalschnitt durchs Gehirn gemacht würde usw. Alle Versuche, den Kranken selber die Halluzinationen deuten zu lassen, schlugen fehl, er wiederholte immer wieder, es seien „einfach Flammen", nur einmal verglich er es mit Astrachan; immer aber betonte er, wie ihm selber das Gebilde fremd vorkomme, wie er es nicht mit etwas, das er früher gesehen habe, vergleichen könne. Nicht einmal die, oben bei der Beschreibung der Bewegungen der Deutlichkeit halber von mir gebrauchten Worte (Stern, Seile, Tropfen, V-Figuren und Querbalken) stammen vom Kranken, sondern er beschrieb das Bild, indem er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf die einzelnen Teile zeigte und die Bewegungen nachmachte („das da dreht sich so" usw.).

Diese gezeichneten Halluzinationen lassen uns besser als jede Beschreibung erstens einmal das wirklich Gesehene unterscheiden vom bloß Dazugedachten:

So macht uns die Art und Weise, wie Fall 1 zeichnet, sofort klar, daß er nur einen „hellen Schein", wahrscheinlich mit unbestimmter Bewegung, sieht, daß er aber die Zauberer und Verfolger, von denen er beständig spricht, nur zu sehen glaubt; in Fall 2 deckt sich das wirklich Gesehene mit der Zeichnung, während das Dazugedachte in den Erklärungen enthalten ist, während Fall 3, wenigstens bei der immer wiederkehrenden Halluzination, auf Erklärungen und Deutungen überhaupt verzichtet und einfach zeichnet, was er sieht.

Zweitens aber gewähren uns einige der Zeichnungen auch Einblick in die Genese der Halluzinationen und in den Anteil, den zentrale und periphere Vorgänge haben.

Im Fall 1 ist die Hauptsache die Angst des Kranken, die nach irgendeiner Erklärung sucht. Das, was wirklich gesehen wird, besteht wahrscheinlich zur Hauptsache oder ganz aus peripheren Faktoren, nämlich aus sog. subjektiven optischen Phänomenen infolge von Reizung der Retina, sei es durch pathologische Stoffwechselvorgänge, sei es durch Blutüberfüllung des Bulbus infolge von Alkoholismus. Daß die subjektiven optischen Erscheinungen nicht herrühren von den myopischen Augenhintergrundsveränderungen, beweist das Verschwinden der Gesichtshalluzinationen nach Abklingen des Erregungszustandes, trotzdem die Veränderungen der Retina natürlich nach wie vor vorhanden sind.

Im Fall 2 ist bei den „Hustenbildern" der periphere Faktor am deutlichsten. Hier wird die Halluzination nicht nur ausgelöst, sondern auch inhaltlich bestimmt durch den plötzlichen Blutandrang ins Auge infolge des Hustens. Die Erscheinungen gleichen den subjektiven Lichterscheinungen bei einem Schlag aufs Auge und beim Durchleiten des elektrischen Stromes, sowie gewissen Druckvisionen bei Deliranten (nach Beginn des Druckes bevor Gestalten usw. erscheinen). Aber auch die anderen Zeichnungen dieses Falles (bes. Abb. 2) lassen subjektive optische Phänomene vermuten.

Schwieriger ist die Beurteilung von Fall 3: Die hartnäckige Wiederkehr immer der gleichen Elemente, die der Kranke selber absolut nicht zu deuten weiß, legen mindestens eine Beeinflussung durch außerpsychische Faktoren nahe. Die Art und Weise, wie die Halluzination beginnt, mahnt einen an Flimmerskotom[1]). Natürlich kann aber

[1]) Flimmerskotom wird immer noch aufgefaßt als Hirnrindenerscheinung, trotzdem Siegrist u. a. im Anfall Verengerung der Retinalarterien konstatiert haben und trotzdem meist auch Blässe des Gesichts vorhanden ist, trotzdem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unsere Halluzination nicht einem Flimmerskotom einfach gleichgesetzt werden, schon weil daneben massenhaft andere Halluzinationen vorkommen.

Ein anderer Umstand, der periphere Einflüsse vermuten läßt, sind die scharf abgeschnittenen Ränder, und die Tatsache, daß das Gesichtsfeld von der Halluzination nicht ganz ausgefüllt wird. Ob sich aber der schräge Balken als Stück einer nach außen projizierten Arterie mit den durch Fernblick vergrößerten Blutkörperchen deuten läßt, wie Hoppe sie als Halluzinationsmaterial schildert, ist mir zweifelhaft[1]).

Doch nicht nur an Flimmerskotom und andere nach außen projizierte subjektive optische Erscheinungen ist bei der Zeichnung zu denken, sondern auch an sog. verlängerte Nachbildwirkung. Schon mehrfach ist von Autoren darauf aufmerksam gemacht worden, daß Nachbilder sich bei gewissen Geisteskranken wahrscheinlich anders verhalten, als bei Gesunden, und daß Nachbilder bei Halluzinierenden wohl eine größere Rolle spielen, als bis jetzt bekannt ist[2]).

Bei unserem Fall 3 handelt es sich um einen außerordentlich sensiblen Kranken; schon jeder Druck auf die Bulbi und jede Bewegung, die er machen mußte, tat ihm weh; auch schien eine Tendenz zum Haften von Sinneseindrücken zu bestehen: Schmerzen und unangenehme Empfindungen, die ihm z. B. Bewegungen, helles Licht usw. verursachten, blieben längere Zeit bestehen. Ebensowenig wie einem Flimmerskotom wäre die Halluzination natürlich einem Nachbild einfach gleichzusetzen.

In der Literatur sind die Ansichten über Art und Ort der Entstehung der Halluzinationen noch sehr verschieden. Von der großen Mehrzahl der Autoren

---

meines Wissens bis jetzt nicht einwandfrei nachgewiesen ist, daß durch direkte Reizung der Rinde überhaupt Empfindungen entstehen können (gerade für die ursprünglichste und allgemeinste Empfindung, für Schmerz, ist ja die Rinde wenig oder gar nicht empfänglich) und trotzdem endlich in neuerer Zeit zu wiederholten Malen Fälle von peripher lokalisierten optischen Erscheinungen bei Hemikranie beschrieben worden sind. (Klien, Entoptische Wahrnehmung des retinalen Pigmentepithels im Migräneanfall. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **36**. 1917. Curschmann, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **54**. 1915.) Natürlicher scheint mir daher die Annahme, daß die Hemikranie das Duralsymptom und das Flimmerskotom das Retinalsymptom des gleichen Gefäßspasmus sei — jedenfalls in allen den Fällen, in denen Kopfschmerz und optische Erscheinungen nicht deutlich gekreuzt sind.

[1]) Zwar haben auch andere Autoren die Wahrnehmung der Gefäße und der Blutbewegung im eigenen Auge beschrieben, so z. B. Laiblin, Die Wahrnehmung der Chorioidealgefäße des eigenen Auges. Diss. Tübingen 1856. Abelsdorf u. Nagel, Über die Wahrnehmung der Blutbewegung in den Netzhautcapillaren. Zeitschrift für Psychol. u. Physiol. der Sinnesorg. **34**. 1904.

[2]) S. a. Plötzl, Experimentell erregte Traumbilder in ihren Beziehungen zum indirekten Sehen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **37**, 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird immer noch das Sinneszentrum als Entstehungsort angesehen. Goldstein, der eifrigste Verfechter dieser Theorie, bezeichnet in seiner großen Arbeit[1]) das Wesen der Halluzination als einen „Erregungszustand der sinnlichen Residuen in den corticalen Sinneszentren". Gegenüber den Sinneszentren tritt bei ihm dann die Bedeutung sowohl der zentraleren, wie der peripheren Faktoren stark zurück. Berze[2]) betonte gegenüber Goldstein dann sofort die zentraleren Faktoren; er wandte ein, daß es sicher außer Perzeptions- auch sog. reperzeptive Halluzinationen gebe, die nicht Leistung des Sinneszentrums allein, sondern vielmehr Leistungen zentralerer Gebiete (er nannte sie Assoziations- oder Apperzeptionsorgane) seien.

Noch mehr als die zentralen Faktoren läßt Goldstein die Reize von der Peripherie bei der Genese der Halluzinationen zurücktreten, d. h. er setzt die Bedeutung der peripheren Faktoren herab; die peripheren Reize selber kann er natürlich nicht unbeachtet lassen. Er kann dies um so weniger, als er auch alle subjektiven Sinnesempfindungen, wie die exzentrische Projektion der Empfindungen ins amputierte Glied, die Lichterscheinungen bei Druck und Schlag auf den Augapfel, die entoptischen Erscheinungen usw. zu den Halluzinationen rechnet, Erscheinungen, die Jaspers und andere davon abtrennen. Gegen die Ausführungen von Goldstein, daß „immer die zentrale Disposition die unbedingt notwendige Vorbedingung ist, daß auf den peripheren Reiz eine kompliziertere Halluzination eintritt", ist wohl nichts einzuwenden. Nicht nur jede komplizierte Halluzination, sondern jede Halluzination, wie alle Wahrnehmungen überhaupt, sind Leistungen der Großhirnrinde. Goldstein nimmt aber energisch Stellung gegen eine periphere Beeinflussung der Halluzinationen überhaupt und führt als Gegengründe mit Hagen an:

1. Das Auftreten von Halluzinationen trotz Zerstörung der peripheren Sinnesorgane und auch der subcorticalen Gebiete;

2. die Seltenheit der Anomalien an den peripheren Sinnesorganen bei halluzinierenden Geisteskranken und

3. die nahe Beziehung, in der die Halluzinationen zu den Neurosen und Psychosen stehen.

Goldstein wendet sich auch gegen Hoppe, den Hauptvertreter der peripheren Theorie der Halluzinationen, mit den Worten: „Die peripheren Reize boten auch in keiner Weise etwa das ‚Halluzinationsmaterial' im Sinne Hoppes, sie gaben nur den Anstoß dazu, daß die zentralen Erregungen sich entluden" (Goldstein, Archiv f. Psych. **44**, 640). Mit dieser Behauptung geht Goldstein meines Erachtens zu weit in der Ablehnung der peripheren Einflüsse.

Hoppe[3]) hat nämlich schon im Jahr 1887 ausgeführt, die Halluzination bedürfe zu ihrem Zustandekommen außer den zentralen Bedingungen (Disposition usw.) eines Materials, das von der Peripherie geliefert werden müsse. Er bezeichnet als Halluzinationsmaterial: 1. Die Gefäße, 2. die Pupille, die bei geschlossenen Augen oder in der Dunkelheit „durch Farbenscheine aus der Macula lutea ausgefüllt" wird, 3. die Blutkörperchen, die durch den Fernblick vergrößert gesehen werden, und die auch Träger des aus der Netzhaut stammenden Farbengewölkes sein können, 4. die Pulsbewegung der Arteria centralis retinae, 5. — die Hauptsache — die subjektiven Erscheinungen, die auf chemischen Prozessen beruhenden Erregungen der Netzhaut, die in unendlicher Mannigfaltigkeit, Helligkeit,

[1]) Goldstein, Zur Theorie der Halluzinationen. Archiv f. Psych. **44**. 1908.

[2]) Berze, Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen. Archiv f. Psych. **46**.

[3]) Hoppe, Der entoptische Inhalt des Auges und das entoptische Sehfeld beim halluzinatorischen Sehen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **43**.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dunkelheit, Farben und Licht erzeugen und endlich 6. die haftenden Nachbilder, die nach seiner Ansicht noch eine viel größere Rolle in der Lehre der Halluzinationen spielen werden, als sie es bis jetzt tun. Solche Nachbilder beschreibt er z. B. folgendermaßen (man vergleiche diese Beschreibungen mit unserem Material, besonders Fall 3): „Aus der Macula lutea kommen beim entoptischen Sehen mit geschlossenen Augen im Dunkeln, besonders bei langdauerndem und angestrengtem Sehen, viele Erscheinungen, Gestalten und geometrische Figuren heraus, die ganz unerklärlich erscheinen. Was dabei aus der Macula lutea herauskommt, das wird in die Gegend der Pupille nach vorn auf eine imaginäre, in irgendeiner Weise farbige Wand versetzt, und in der Gegend der Pupille erscheint dann z. B. eine runde Scheibe, die sich scheinbar vertieft oder öffnet, und aus dieser Vertiefung oder Öffnung tritt das dem Beobachter entgegen, was aus der Macula lutea auftauchte." Hoppe beschreibt dann ausführlich das Material von sog. hypnagogen Halluzinationen, die er selber vor dem Einschlafen hatte; so u. a.: . . . „Schwarze Massen aber verdecken dann alles, kopfartige, runde, schwarze Scheiben drängen sich hervor, zitterndes Gewirr von feinen feurigen Strahlen erscheint auf einer der Scheiben, flattert hinweg und erneuert sich, und das Sehfeld wird dann heller, schwarze Köpfe erscheinen jedoch dabei und werfen äußerst naturgetreue Schatten. Der Blick lenkt sich wieder links, eine große Wand steht wieder vor mir, sie wird weißlich, feine Lichtstrahlen ziehen massenweise von oben herab, die Wand wird dann weißgelblich, sie erscheint wie mit Mörtel bedeckt, pupillenartige kleinere und größere Scheiben tauchen in derselben auf und verschwinden, zwischen dem Mörtel erscheinen steinartige aufliegende Massen, die schiefer, fixierten Stellen des Mörtels werden zu münzenartigen, gepreßt und glatt aussehenden kleinen Scheiben (man könnte an vergrößerte Blutkörperchen denken)" usw.

Die meisten neueren Autoren nehmen eine Mittelstellung ein, zwischen der peripheren Theorie von Hoppe und ihrer völligen Ablehnung durch Goldstein. So glaubt Kraepelin[1]), daß „unter Umständen nicht nachweisbare Reize, z. B. das Eigenlicht der Netzhaut" „gewissermaßen den Rohstoff für die Ausbildung der Trugwahrnehmungen" abgeben können. Solche peripher bedingte Sinnestäuschungen (z. B. subjektive Lichterscheinungen infolge Blutüberfüllung des Auges) nennt er elementare, weil sie Empfindungscharakter haben, oder „Sinnestäuschungen im engeren Sinne" gegenüber den Wahrnehmungs- und Einbildungstäuschungen. Bleuler[2]) sagt, daß der Inhalt der Halluzinationen fast immer durch affektive Bedürfnisse bedingt sei und fährt dann fort: „Daneben gibt es Reizzustände im Nervensystem, die in illusionistischer Weise oder sonstwie zu Halluzinationen auswachsen, aber oft durch ihren Inhalt und die Unabhängigkeit von den Komplexen die außerpsychische Wurzel verraten (beim Delirium tremens) oder dann sekundär in den Dienst der Komplexe gestellt werden (Körperhalluzinationen bei Schizophrenie). Ziehen[3]): Die Halluzinationen sind entschieden corticalen Ursprungs. „Hingegen ist für einen sehr großen Bruchteil aller Halluzinationen nachweisbar, daß ein äußerer Reiz im weiteren Sinne doch nicht ganz fehlt" (subjektive Geräusche, entoptische Trübungen usw.). „Die Empfindungszellen empfangen eine Erregung nicht durch äußere Reize im engeren Sinne, . . . sondern durch solche äußere Reize . . . welche im Sinnesorgane gelegen sind." „Die Erinnerungszellen wirken nun in dem Sinne auf die Empfindungszellen, daß sie dies Erregungsmaterial zu komplizierteren Empfindungen umformen." Nach Störring[4]) lösen normale Sinneseindrücke oder patho-

[1]) Kraepelin, Allgem. Psychiatrie. VIII. Aufl. S. 212 u. 220. Leipzig 1909.
[2]) Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1916, S. 48.
[3]) Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie. VIII. Aufl. Jena 1908.
[4]) Störring, Vorlesungen über Psychopathologie. Leipzig 1900.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logische Reize eine „Aufmerksamkeitsspannung“ aus; durch diese kommt eine Steigerung der Anspruchsfähigkeit der Hirnrinde zustande, „bei welcher die nach der jeweiligen psychischen Konstellation zur Reproduktion gelangende Vorstellung Empfindungsintensität bekommt“. „Es wäre also nicht die Qualität des Sinneseindruckes, welche durch ihre Ähnlichkeit mit einer Vorstellung die Verschmelzung bedingte, sondern unsere Stellungnahme zu dem Sinneseindruck zöge diese Wirkung nach sich.“ Jaspers[1]) vergleicht die echten Halluzinationen mit den Nachbildern und den Phänomenen des Sinnesgedächtnisses bei Normalen (z. B. mit dem Sehen mikroskopischer Objekte nach arbeitsreichen Tagen, usw.). Aschaffenburg[2]) faßt sehr vorsichtig zusammen: „Reizvorgänge, die ebensowohl von den Sinnesorganen ausgehen, wie in den bekannten Zentren der Vorstellungsbildung sich abspielen können, werden als von den Sinnesorganen aufgefaßt empfunden und in Wahrnehmungen umgedeutet“ usw. Goldstein diametral gegenüber steht Bertschinger[3]), der die Sinneszentren als Entstehungsorte der Halluzinationen fast völlig ausschaltet zugunsten von psychischen Faktoren (Spannungen, Affekte, Vorstellungen usw.) in Verbindung mit peripheren Reizen: „Spielen meines Erachtens also auch bei den Perzeptionshalluzinationen die Vorstellungen die wichtigere Rolle, als die, sei es durch äußere Reize, sei es durch Eigenerregung in der Hirnrinde entstandenen Empfindungen, so glaube ich andererseits nicht, daß die Apperzeptionshalluzinationen, wenn sie sinnliche Schärfe erreichen, allein durch Vorstellungen erzeugt werden können, sondern bin der Ansicht, daß in diesen Fällen stets wirkliche Empfindungen mitspielen, die aber nicht auf rückläufiger Erregung der Sinnesfelder beruhen, sondern wirkliche, aber mit Bezug auf die Apperzeption unterschwellige Empfindungen sind.“ Man wird gegen seine Darlegungen einwenden können, daß Bertschinger vieles zu den Halluzinationen rechnet, was andere (Goldstein, Jaspers, Berze, Aschaffenburg, Herzig, Specht u. a.) als Urteilstäuschungen, Pseudohalluzinationen usw. von den „echten“ Halluzinationen abgetrennt wissen wollen. Jedenfalls aber fußt sein Erklärungsversuch in viel höherem Maße auf den täglichen Beobachtungen des Psychiaters als die Annahme von hypothetischen Erregungszuständen in den Sinneszentren allein.

Die Zahl der Autoren, die eine Beeinflussung aller oder doch eines Teils der Halluzinationen von der Peripherie her zugeben, könnte noch stark vermehrt werden. Diese Beeinflussung wird meistens ganz allgemein als „Reize“, „pathologische Reize“, „Reizvorgänge“ usw. bezeichnet. Die Art dieser Reize aber kann nirgends so gut untersucht werden, wie an Zeichnungen von Halluzinanten.

Zusammenfassend können wir daher sagen: Für die Entstehung von Gesichtshalluzinationen (wie von Halluzinationen überhaupt) ist die Hauptsache eine zentrale Disposition, sei es eine Erregung der Sinneszentren, seien es noch andere, weniger bekannte Faktoren.

---

[1]) Jaspers, Allgem. Psychopathologie. Berlin 1913.

[2]) Aschaffenburg, Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Leipzig und Wien 1915.

[3]) Bertschinger, Über Halluzinationen. Vortrag gehalten am Schweiz. Psychiatertag in Schaffhausen. Pfingstmontag 1917. Erscheint demnächst in der Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 74. 1918.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausgelöst kann (oder muß vielleicht sogar) die Gesichtshalluzination werden durch periphere Einflüsse, sei es durch Blutüberfüllung des Auges, durch Gefäßspasmen, durch mechanische Einflüsse, oder durch Stoffwechselprozesse in der Retina (Eigenlicht der Retina, Ermüdungserscheinungen usw.).

Diese peripher ausgelösten Erscheinungen können in seltenen Fällen einfach ohne Erklärung hingenommen werden (Fall 3); in ebenfalls nicht häufigen Fällen, werden sie scharf aufgefaßt und durch nachfolgende Erklärungen erläutert (Fall 2). In der Mehrzahl der Fälle aber werden in unbestimmt aufgefaßte, von der Peripherie ausgelöste subjektive optische Phänomene die Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen des Kranken hineinverlegt (Fall 1). Diese affektiven Bedürfnisse können die Aufmerksamkeit so stark auf sich lenken, daß bei oberflächlicher Betrachtung die peripheren Faktoren leicht übersehen werden.

Es ist nicht bewiesen, daß es auch echte Gesichtshalluzinationen ganz ohne peripheren Anteil gibt.

Es wären nun noch genauer zu untersuchen die Beziehungen der Gesichtshalluzinationen:

1. zu den subjektiven optischen Erscheinungen des Gesunden und Kranken;
2. zu den Nachbildern und
3. zum Flimmerskotom.

Erklärung der Tafeln I bis III.

Tafel I, Abb. 1 zu Fall 2: „Hustenbilder", die die Kranke sieht, wenn sie hustet. Zeichnung Nr. 1 sei die typische bei starkem, Nr. 2 bei leichtem Husten. Besonders deutlich treten die roten Linien hervor. „Wenn wir uns den Inhalt des Kopfes als eine Wolke vorstellen, so sind dies Stücke dieser Wolke, die abgerissen werden." Sie könne diese Bilder sehen, trotzdem sie in ihrem Gehirn drin seien; sie habe nämlich beim Husten das deutliche Gefühl, ihre Augen drehten sich nach innen, so daß sie dann alles sehen könne, was im Kopf vor sich gehe, während sie von der Außenwelt nichts sehe. Die Figuren selber könne sie nicht genauer erklären.

Tafel I, Abb. 2 zu Fall 2: Halluzination. Erklärung der Kranken: Der Körper in der Mitte ist die Kranke selber in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes in der Anstalt; im Bett. Von oben und den Seiten ist sie von der Finsternis, von Teufeln umringt, unten ist das verzehrende Feuer, das sie plagt und immer näher kommt. Die Körper in ihr sind: der Verstand (blau), das Ich (rot), das Empfinden (gelb). Das Ich ist wie eine zweite Person in ihr; sie glaube, wenn das Ich in den Verstand käme, sie verrückt würde, wenn aber in das Empfinden, so blöd. Jetzt habe sich das Ich in zwei Teile geteilt; jetzt lebe sie mit dem Verstand einerseits und dem Empfinden andererseits. Jetzt habe sie nur eine Seele, sei nur eine einzige Person.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel II, Abb. 3 u. 4 zu Fall 3, Gruppe 1: Halluzinationen: Sockel, darüber Zentrum, davon ausgehende Bewegung, Nebenfiguren. a) Bleistiftskizze, b) Photographie nach einer Formung in Plastilin.

Tafel III zu Fall 3, Gruppe 2: Halluzination, die den Kranken hartnäckig verfolgte (Erklärung s. Text).

Herrn Prof. Dr. von Speyr, Direktor der psychiatrischen Klinik Bern, bin ich für die Überlassung des Materials zu großem Dank verpflichtet.

Ebenso danke ich bestens dem Verlage, der trotz großer äußerer Schwierigkeiten die Reproduktion der Tafeln — sogar einer farbigen — ermöglicht hat.

Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

(Aus einem Genesungsheim und Kriegslazarett im Westen.)

Über einen besonderen Fall von Kommotionspsychose.

Von

A. Jakob,

Prosektor der Staatskrankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg, z. Z. Kriegsassistenzarzt und ordinierender Arzt.

Mit 8 Kurven im Text.

(Eingegangen am 11. September 1918.)

Die Kommotionspsychose zeichnet sich im allgemeinen durch ein charakteristisches klinisches Symptomenbild aus, das namentlich von Kalberlah und dann von Berliner, Stertz, Trömner u. a. ausführlich beschrieben und jüngst erst wieder in seinen Krankheitszügen von Schröder, Berger und Horn gewürdigt worden ist. In den einzelnen Fällen begegnen wir dabei freilich verschieden schweren klinischen Zustandsbildern. Gemeinsam ist ihnen allen, daß sich der amnestisch-psychotische Zustand zeitlich aus der initialen kommotionellen Bewußtlosigkeit heraus entwickelt, wobei nicht selten diese beiden Stadien durch ein akutes, mit schweren Erregungs- oder Hemmungserscheinungen ausgefülltes Zwischenstadium verbunden sind. Ihrem Wesen nach ist die Kommotionspsychose zweifellos eine regressiv verlaufende, deszendierende Erkrankung, mit den schwersten Erscheinungen im Initialstadium und allmählichem Abklingen der Krankheitszustände bis zur Heilung mit oder ohne Defekt (Schröder).

Zur Zeit befinden sich zwei Fälle von Kommotionspsychose in meiner Beobachtung, welche die beiden Extreme, was Verlauf und Ausgang angeht, darstellen dürften. Sie seien hier ganz auszugsweise skizziert.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 30jährigen Mann, der jetzt vor vier Wochen von einem vorbeifahrenden Personenzuge gestreift worden war und außer einer rechtseitigen Stirnwunde eine schwere Commotio erlitt. Er war sofort bewußtlos bei gutem Puls und guter Atmung und nachfolgendem zweimaligem Erbrechen. Er wurde nach 20 Stunden noch in bewußtlosem Zustande ins Lazarett eingeliefert. Bei der chirurgischen Behandlung stellte es sich heraus, daß unter der rechten Stirnwunde ein leichter Impressionsbruch des rechten Stirnbeinhöckers vorlag. Der ungefähr zweimarkstückgroße eingedrückte Knochen wurde entfernt. In der Dura fand sich nur ein kleiner Riß. Sie pulsierte in ganzer Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dehnung. Die Wundheilung erfolgte ohne Störung. Patient blieb auch die nächsten Tage noch dauernd ohne Bewußtsein, war sehr unruhig und erregt, und wurde daher nach der psychiatrischen Station verlegt. Hier erwachte Patient nach und nach aus diesem Übergangsstadium, reagierte allmählich auf Anruf, blieb aber zunächst noch völlig verwirrt bei starker motorischer Unruhe. Auch jetzt noch, vier Wochen nach dem Unfall, zeigt er einen sehr schweren psychotischen Zustand, der vornehmlich charakterisiert ist durch motorische Unruhe, Desorientierung und schwere Beeinträchtigung der Auffassung und Aufmerksamkeit. Er nennt nur seinen Namen und Vornamen richtig, und gibt bei allen weiteren Fragen nur ausweichende Antworten, wie „das weiß ich nicht, das ist schon lange her, das weiß ich schon, das kann ich Ihnen schon sagen", u. dgl. Vorgehaltene Gegenstände erkennt er und benennt sie zum Teil richtig; er haftet dabei aber, indem er mehrere hintereinander besehene Gegenstände häufig mit dem zuerst gezeigten und richtig benannten Gegenstand bezeichnet. Irgendwelche nervösen Ausfallserscheinungen im Sinne von Herdstörungen sind nicht festzustellen. Er macht sich unrein und fällt durch sein hastiges und starkes Essen auf. Im ganzen ist das Bild auch jetzt noch als ein ratloser Verwirrtheitszustand zu bezeichnen, dessen Haupterscheinungen ausgeprägte geistige Ermüdung, Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörung sind. Wenngleich wir in diesem Falle größere herdförmige Schädigungen der Gehirnsubstanz nicht ausschließen können, so sind doch die Haupterscheinungen als kommotionell bedingt aufzufassen und begründen nach ihrer Intensität und langsamen Rückbildung voraussichtlich eine unerfreuliche Prognose, was restlose Heilung angeht.

Der zweite Fall wurde hier direkt von der Front in einem sehr schweren psychischen Hemmungszustande eingeliefert. Er fiel durch sein gehemmtes, leicht depressives, aber im ganzen stumpfes Wesen auf, antwortete auf alle Fragen nur äußerst langsam nach langem Nachdenken, und hatte wirkliche Mühe, aufzufassen und seine Aufmerksamkeit zu konzentrieren. Seine Antworten selbst waren alle logisch und richtig. Er war orientiert und zeigte auch bei der psychologischen Prüfung eine schwere Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörung. Anamnestisch ist hervorzuheben, daß sich bei diesem bisher völlig unauffälligen und tapferen Frontsoldaten, der die meisten Kampfhandlungen des Westens ohne nervöse Folgen mitgemacht hatte, jetzt im Anschluß an eine Commotio mit mehrstündiger Bewußtlosigkeit ein Verwirrtheitszustand anschloß; aus diesem Zustande entwickelte sich das oben kurz skizzierte, jetzt stetig sich bessernde psychische Zustandsbild. Aus einem kurzen, in diesen Tagen von dem Patienten an seine Eltern geschriebenen Briefe teile ich folgende charakteristischen Stellen als Selbstschilderung des psychischen Erlebens mit: „Ich kann hören, sehen und auch sprechen, kann aber nichts verstehen, besser gesagt, nichts auffassen, und muß immer erst gut überlegen, wie ich mich ausdrücken muß auf die Fragen, die an mich gestellt werden. Das kurze Schreiben hat mich stark ermüdet, namentlich auch dadurch, daß ich immer wieder vergesse, was ich schon geschrieben habe . . ."

Die psychologischen Untersuchungen ergeben in diesem Falle jetzt, 20 Tage nach dem Kommotionserlebnisse, eine stetig fortschreitende Besserung sämtlicher psychischen Leistungen. Auch hier finden sich keine nervösen Herderscheinungen. Zweifellos ist dieser Fall prognostisch günstig zu beurteilen.

Schließlich möge hier ausführlich noch ein dritter Fall[1]) Erwähnung finden, der in vielen Zügen von dem gewöhnlichen

[1]) Auszugsweise mitgeteilt in meiner Arbeit: „Zur Klinik und Pathogenese der postkommotionellen Hirnschwäche." Münch. med. Wochenschr. 1918, Nr. 34.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bilde der Kommotionspsychose abweicht und nach mehreren Richtungen hin klinisches Interesse verdienen dürfte.

[Landstrm.] A. H., geb. 1885 zu W., Metzger und Landwirt, wurde am 21. VII. 17 auf der Nervenstation eines Kriegslazaretts aufgenommen wegen „geistiger Störung nach Fall auf den Hinterkopf".

Der Krankengeschichte des Kriegslazaretts O. (Stabsarzt Dr. Seige) entnehme ich folgendes:

Vater ist aufgeregt, nervös und jähzornig, Mutter mit 55 Jahren an Brustkrebs gestorben; P. ist einziges Kind, nachdem eine Schwester im Kindesalter gestorben ist. Ein Bruder der Mutter ist in einer Heil- und Pflegeanstalt gewesen, eine Schwester der Mutter ist Landstreicherin. Hat Volksschule mit Erfolg besucht, ist aber nur mittelguter Schüler gewesen.

Verheiratet mit gesunder Frau seit 5 Jahren, hat er zwei gesunde Kinder, eins ist mit einem Jahr gestorben. Keine Fehlgeburt der Frau. Einberufen 1. VII. 15 ist er 5. V. 16 ins Feld gerückt.

Nach Nicotin bekommt er Schwindel und Kopfschmerzen, ebenso nach mäßigem Alkoholgenuß; ist nie geschlechtskrank gewesen. Hat schwer laufen, rechtzeitig sprechen gelernt, Gewitterfurcht, Schlafsprechen und -wandeln gehabt, keine Kinderkrankheiten. Ist später nie ernstlich krank gewesen, keine Krämpfe; schon von jeher leidet er an Kopfschmerzen, die etwa $^1/_2$ Tag anhalten und zeitweise mit Schwindelanfällen verbunden sind; dabei keine Krämpfe, kein Zungenbiß, kein Einnässen, kein Erbrechen, aber Drehschwindel und Farbensehen. Keine Verletzung des Schädels.

Ist im Felde nicht verwundet. Am 1. V. 17 wurde er bei Arras im Graben durch Einschlag einer Gasgranate in etwa $^1/_2$ m Entfernung verschüttet, von Kameraden befreit, hat Gas geatmet und ist angeblich etwa $^1/_2$ Stunde bewußtlos gewesen, hat erbrochen und ist einen Tag benommen gewesen. Ist 16 Tage in einem Reservelazarett der Heimat behandelt, dem Ersatzbataillon überwiesen und 5. VII. wieder ins Feld gesandt worden. 17. VII. 17 ist er, als er zum Appell gehend sich den Rock auf der Treppe zuknöpfte, ausgerutscht und mit dem Hinterhaupt gegen die Wand geschlagen, ist nur für einen Augenblick bewußtlos gewesen, hatte kein Erbrechen, aber starke Kopfschmerzen im Hinterhaupt. Er hat dann einen Tag Schonung erhalten und sich aufs Bett gelegt.

Nach der Erzählung seiner Kameraden, die im selben Raum Unterkunft hatten, habe er plötzlich einen Kameraden mit Helm und Pantoffeln geworfen. Er wisse hiervon nichts. Ist dann vom Arzt ins Lazarett überwiesen worden.

Jetzige Beschwerden: er habe Kopfschmerzen im Hinterkopf, er sei benommen, er sei erregt.

Aus dem körperlichen Befund ist hervorzuheben:

Innere Organe: o. B.

Puls im Stehen: 4 × 27, voll, regelmäßig.

Pupillen: mittelweit, rund, gleich, ihre Reaktionen ungestört.

Auch im übrigen Hirnnerven: o. B.

Iris auffallend unsymmetrisch gefleckt.

Sehnen- und Hautreflexe: lebhaft und gleich stark, nur Knie reflexe vielleicht etwas schwach.

Keine krankhaften Reflexe.

Verlauf: 23. VII. War bei der Aufnahme gänzlich geordnet, wurde auf die offene Station zu Bett gelegt, wollte heute plötzlich abreisen, sein Vater

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sei gestorben, ließ sich nicht beruhigen; wußte nicht anzugeben, woher er es wisse.

24. VII. Heute wieder klar; erzählt, er habe gestern nacht geträumt, daß sein Vater gestorben sei; das sei ihm so lebhaft ins Bewußtsein übergegangen, daß er es geglaubt habe. Lächelt darüber.

25. VII. Trifft allerlei Veranstaltungen, weil seine Frau zu Besuch komme, läßt es sich nicht ausreden, daß ihm die Schwester eine Depesche in diesem Sinne gegeben habe. Streitet mit der Schwester, daß sie sie ihm wieder weggenommen habe. Die Depesche hat gelautet: Komme morgen abend. Deine Frau.

26. VII. Korrigiert heute wieder die gestrige Idee: „Es muß doch ein Traum gewesen sein."

31. VII. Jetzt dauernd völlig korrekt, auf der offenen Abteilung.

10. VIII. Keinerlei psychische Absonderlichkeiten mehr beobachtet worden.

17. VIII. 17. Befund unverändert.

Übergeführt nach einem Nervengenesungsheim.

Am 17. VIII. wurde H. als „traumatische Psychose leichten Grades" zur Weiterbehandlung in einem Genesungsheim aufgenommen:

Meine eigene Beobachtung ergab folgendes:

Bei der Aufnahme hier macht H. einen im ganzen geordneten, schwerfälligen, in sämtlichen psychischen Reaktionen verlangsamten Eindruck. Zeitlich und örtlich orientiert, wiederholt er die vorgeschichtlichen Angaben (w. o.), kann sich aber auch jetzt noch nicht auf seinen ersten Verwirrtheitszustand, der seine Einlieferung ins Kriegslazarett zur Folge hatte, besinnen und berichtet (w. o.), was er von seinen Kameraden davon weiß. Eine völlige Erinnerungslücke hat er auch weiterhin für seine Einlieferung ins Kriegslazarett, kann auch die Zeit seines dortigen Aufenthaltes nicht genau angeben; bezüglich seiner dortigen Wahnvorstellungen weiß er noch den Inhalt, ohne nähere Angaben machen zu können. „Es müssen Träume gewesen sein." Korrigiert ohne völlige Einsicht.

Sein Gesichtsausdruck ist leicht traumhaft, ziemlich affektlos; er spricht nur gefragt, ist lenksam und zugänglich.

Merkfähigkeit für optische und akustische Eindrücke ist deutlich herabgesetzt (bei grober Prüfung).

Der körperliche Befund ist im ganzen w. o., frei von groben Störungen. An Nervensystem: R. Pup. > l., nicht verzogen. Reaktion auf L. und K. prompt und ausgiebig. Leichter Nystagmus beim Blick nach l.; horizontal. Zunge eine Spur nach r. Reflexe an den unteren Extremitäten +, schwer auszulösen. Sonst Zentralnervensystem o. B., insbesondere keine Zeigestörungen, kein Romberg, keine Ataxie, Augenhintergrund o. B.

Ich beurteilte den Kranken als „postkommotionelle Hirnschwäche", verordnete Ruhe und wechselwarme Behandlung nach Weber bei kräftiger Kost.

In den ersten Tagen bleibt Patient im gleichen, psychisch wenig auffälligen Zustand.

22. VIII. In der Nacht vom 21. zum 22. VIII. wird er plötzlich unruhig. Der Pfleger meldet, daß Patient völlig verwirrt sei; Patient behauptet, seine Frau sei bei ihm gewesen; sie habe geweint, da der Pfarrer und Bürgermeister ihr das Vieh weggenommen haben. Beruhigung auf Veronal.

Er wird auf den Wachsaal verlegt.

Hier bleibt nun Patient die ganzen nächsten Tage über im gleichen psychischen Zustande, der vornehmlich durch völlige Desorientiertheit, Konfabula-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tionen, und starke Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, Auffassung und Aufmerksamkeit bei Fehlen jeglicher Spontaneität charakterisiert ist.

Er nimmt keinerlei Interesse an seiner Umgebung, liegt ruhig zu Bett, schaut zumeist mit ziemlich leerem Gesichtsausdruck in die Weite und macht fast beständig pflückende Bewegungen mit den Händen. Seine Stimmungslage ist dabei leicht euphorisch zu nennen.

Gefragt spricht er von dem Besuche seiner Frau, die vor einigen Tagen und auch gestern bei ihm war und die er bei sich sah und deren Stimme er hörte.

Jahr und Monate gibt er meist richtig an; Tageszeit, Datum und Wochentag falsch. Er weiß, daß er im Lazarett ist, glaubt noch im Kriegslazarett O. zu sein; er sei $^1/_4$ Jahr schon hier.

Referent erkennt er als seinen behandelnden Arzt; weiß aber seinen Namen nicht.

Weiß nicht, ob und was er zum Frühstück genommen hat.

Nimmt Nahrung, wenn er dazu aufgefordert wird; macht sich nicht unrein.

Bei Fragen über seine frühere Vergangenheit gibt er langsame und kurzsilbige, aber zumeist richtige Antworten; dabei muß man aber häufig die Fragen wiederholen; (deutliche und schwere Aufmerksamkeitsstörung).

Nach Beschwerden gefragt klagt er nur über Kopfschmerzen.

Dabei ergeben sich keine sicheren Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen.

Einen Bericht des wachthabenden Pflegers vom 31. VIII. bringe ich hier wörtlich wieder:

„H. liegt sinnend zurück und blickt dabei starr auf irgendeinen Gegenstand. Dabei ist H. so stark vertieft, daß er kaum vernimmt, daß man in seiner Nähe steht. Erst auf Hin- und Herfragen sieht H. verdutzt auf, kann sich im Augenblick nicht gleich zurechtfinden. Seine Gedanken sind dauernd bei seiner Familie. Er gibt auch nie acht darauf, wenn seine Kameraden sich unterhalten. In der ersten Zeit richtete sich H. oft auf seinem Lager auf, drehte den Kopf nach rechts und starrte auf sein Kopfpolster. Die rechte Pupille wurde dabei zusehends größer. Auf die Frage was ihm fehle, faßte sich H. öfter nach dem rechten Ohr und gab sehr wenig Auskunft. Bei etwas Geräusch im Saal schaut H. gleich aufgeregt auf. Er klagt am Vormittag über Kopfschmerzen am Hinterkopf, nach Mittag fühlt er sich wohler, schläft sehr wenig am Tage, fast gar nicht in der Nacht, höchstens 2—3 Stunden. Heute morgen erzählte H., seine Frau wäre bei ihm gewesen. Auch glaubte er, er wäre noch immer in O., ließ es sich nicht ausreden, nur das fiel ihm auf, daß hier keine Schwestern seien. Bei den Mahlzeiten muß man H. stets aufmerksam machen, daß er die Speisen essen soll; sonst läßt er sie stehen. Der Appetit ist bei ihm gut."

1. IX. Das Wesen des Patienten ist im allgemeinen unverändert. Ißt, wenn er dazu aufgefordert wird; er läßt Stuhl und Urin nicht unter sich. Sein Gesichtsausdruck ist etwas lebhafter, leicht euphorisch. Er gibt jetzt an, im Genesungsheim zu sein, man habe es ihm gesagt. Von seiner Überführung hierher weiß er anscheinend nichts. Erkennt aber Referenten als seinen behandelten Arzt, weiß aber nicht seinen Namen zu nennen. Zeitliche Orientierung ungenau, gibt an, $^1/_4$ Jahr hier zu sein. Liest fehlerhaft, sehr langsam mit Auslassung von Wörtern und Silben und Aufhören mitten im Satz, weiß nicht, was er gelesen hat; erkennt vorgehaltene Bilder nur sehr mangelhaft und kann sie nicht erklären. Ebenso kann er einfache Geschichten nicht nacherzählen, versteht sie offenbar nicht. Auch die einfachsten Rechenaufgaben kann er nicht lösen, das Zählen von 20 bis 30 geschieht unvollständig mit Auslassung und Wiederholung. Vorgesprochene Worte werden sofort vergessen. Anscheinend ist Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Auffassung gleich gestört.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Z. B. wird ihm ein Bild aus der Woche vorgezeigt mit mehreren Luftballons. Nach langem Überlegen und Deuten mit dem Finger sagt er: „Kugeln". (Was für Kugeln?) „Kugeln." (Ob er solche Kugeln schon in der Luft gesehen?) „Ja! Luftballon."

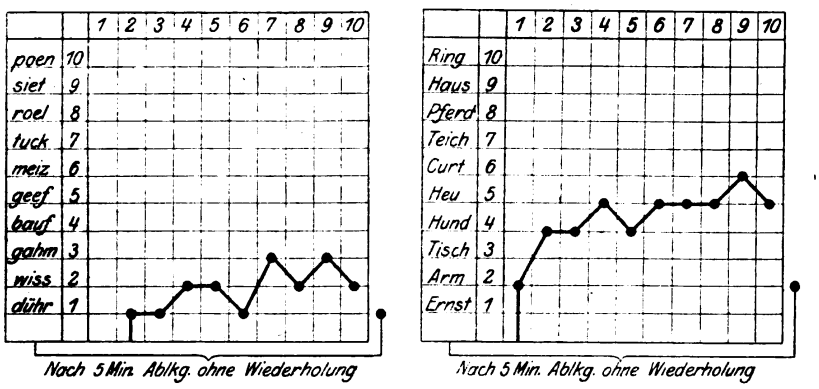
Beim Erklären des Bildes „Schauspielerin als Lokomotivführerin auf einer Lokomotive" erklärt er nach langem Überlegen „Frau in einem Haus". Den Kohlenbunker nennt er „Kiste" usw.

Beim Lesen gelingen nur die ersten Wörter, dann wiederholt er und gerät in ganz andere Zeilen; liest völlig verständnislos.

Die Reproduktion einfachster Geschichten mißlingt völlig; sie werden offenbar nicht aufgefaßt.

Auch in den nächsten Tagen bleibt er in dem gleichen Zustand traumhafter Verworrenheit. Auf Fragen antwortet er einsilbig, im Telegrammstil oder Verbalform.

Genauere psychologische Untersuchungen wurden in diesem Falle von Stabsarzt Dr. J. H. Schultz ausgeführt, deren den Krankheitsverlauf so schön illustrierenden Resultate ich hier kurz bringe unter Hinweis auf seine ausfürlichen späteren allgemeinen Mitteilungen an der Hand eines größeren Materials.



Merkkurve 1 [1]) vom 1. IX.

Die psychologische Untersuchung am 1. IX. ergibt schwere Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörung. Kurve I zeigt die stark herabgesetzte Merk- und Lernfähigkeit, namentlich bei den sinnlosen Silben, außerdem Ermüdbarkeit.

Am Tage darauf werden keine der Reizworte aus dem Gedächtnis wiederholt; Patient weiß aber, daß ihm der Frager am Tage vorher vorgesagt hat.

In diesen Tagen schrieb H. folgende Briefe an seine Frau (nicht abgesandt):

3. IX. 17.

Wenn kommst Du wieder zu mir? Warum hast Du alles Vieh hergeben müssen? Der Pfarrer wird auch einmal sterben. Das kommt alles vor im Tote. Warum kannst Du jetzt alles Heu heimbringen? Bringe auch die Kinder mit, daß Du bald kommst. Aber gleich kommen. Gehören die Kühe dem Vater? Soviel Arbeit müssen. Ich komme nach M. ist schön. Das Vieh alles nicht bekommst ich auch nichts dafür helfen, kann sein auch nicht helfen. Nur die Kinder bringe auch gleich schnell. Heute komm doch bald zu mir daß Heu kommt heim.

[1]) Die sinnlosen oder sinnvollen Silben werden langsam einmal vorgesprochen und nach einer Minute vom Patienten wiederholt und so 10 mal.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. IX. 17.

Ich habe nicht mehr so viel Kopfweh. Komm bald zu mir wieder. Ich bin jetzt in M. Anna muß auch kommen, aber auch die Kinder mitnehmen. Es geht mir gut, habe noch Kopfweh, bin im Bett. Ich kann nicht helfen arbeiten, wann seid Ihr mit der Arbeit fertig? Ich will auch helfen, drum grüß ich Dich mein Andreas.

8. IX. H. ist jetzt etwas freier, im wesentlichen aber noch unverändert: örtlich orientiert. Zeitlich ungenau: Monat und Jahr r., Tag —. Er befinde sich hier seit $^1/_4$ Jahr. Seine Frau sei vor einigen Tagen hier gewesen. Sehr schwere Merkfähigkeitsstörung bei relativ gut erhaltenem, aber schwer weckbarem Gedächtnis für frühere Zeit. Diesbezüglich machte er im allgemeinen richtige Angaben, nur sind die Schilderungen seiner Felderlebnisse ungenau. Über seine jetzige Krankheit kann er so gut wie nichts angeben.

Körperlich nie erhöhte Temperatur, Urin dauernd frei. Neurologisch wie bei der Aufnahme. Augenhintergrund: o. B.

Psychologische Untersuchung: wenig Besserung, die Haftfähigkeit noch sehr gering.

15. IX. Patient wird etwas lebhafter in seinem Gesichtsausdruck, bleibt aber immer noch ohne jegliche Spontaneität und ratlos. Wird von Kameraden im Garten spazierengeführt; läßt sich wie ein kleines Kind leiten und führen.

20. IX. Patient ist, wenn sich niemand mit ihm beschäftigt, still für sich. Äußert keine Klagen oder Wünsche; ist sehr langsam in allen Handlungen, kommt aber allein zum Essen und besorgt alle Stuhl- und Urinverrichtungen richtig.

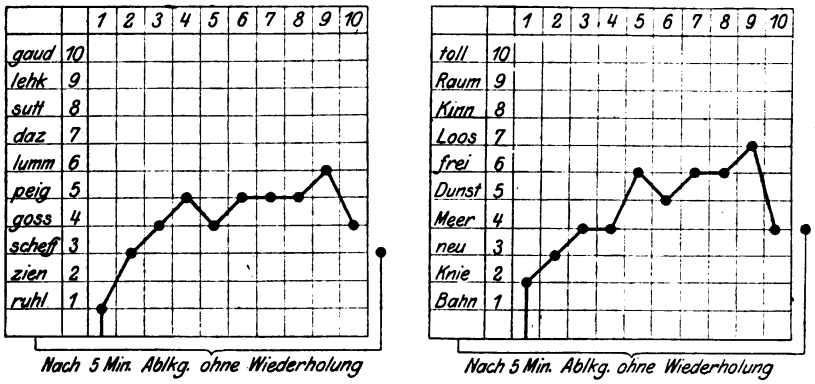
Auf alle Fragen gibt er erst nach längerer Pause langsam Antwort. Sehr einsilbig, spricht agrammatisch in Verbalform.

Zeitlich noch immer ungenau orientiert.

Lächelt bei allen Fragen, seine Hände sind dauernd in spielender Bewegung.

Hält noch immer am Besuche seiner Frau fest. Keine objektiven Zeichen von Sinnestäuschungen.

27. IX. Psychologische Untersuchung:

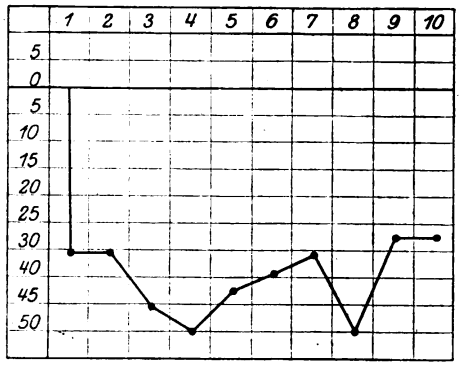


Merkkurve II vom 27. IX.

Deutliche Besserung gegenüber früher. Reproduktion eines Sinnsatzes und einer siebenstelligen Zahl auch nach mehrmaliger Wiederholung ohne Ablenkung noch nicht möglich. Schwere Reihen-Reproduktionsstörung.

Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Die schwere Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit zeigte nebenstehende Kurve (modif. Bourdonsche Probe).



Aufmerksamkeitskurve A vom 1. X.

3. X. Immer deutlichere und stetige Aufhellung seines psychischen Geschehens. Zeitlich und örtlich orientiert; nimmt allmählich Interesse an seiner Umgebung, hält sich aber immer noch für sich allein. Spielt nicht mehr mit den Händen, bekommt einen lebhafteren Ausdruck im Gesicht. Er korrigiert seine konfabulierten Erlebnisse nicht.

Gut beleuchtet wird die Besserung seines Befindens in folgenden an seine Frau geschriebenen Karten:

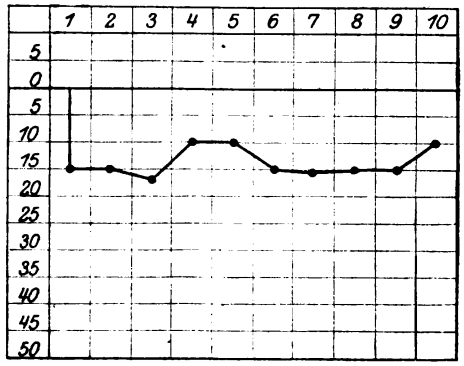
M., den 30. IX. 17.

„Wie geht es denn Euch, habt ihr recht viel Arbeit. Ich bin bald ganz gesund. Schreib mir auch bald wieder. Es ist bei uns schönes Wetter. Ich gehe alle Tage im Garten und auf der Wiese spazieren. Es ist hier ein großer Berg. Ich habe nicht mehr viel Kopfweh. es ist hier ein Tal wie zu Hause. Ich grüße grüße euch alle Andreas."

M., den 2. X. 17.

„Was macht ihr denn immer. Ihr habt halt recht viel Arbeit. Mein Arzt ist recht gut mir mir. Er hat gesagt, ich bin bald gesund. Ich darf dann zu Euch heim. Ich helf Euch dann auch. Der Pfleger ist auch recht gut mir mir. Es ist immer schönes Wetter. Ist es bei Euch auch schön Wetter. Ich grüße Euch alle Andreas."

Eine deutliche Besserung ergibt auch die Aufmerksamkeitsprüfung am 21. X.:



Aufmerksamkeitskurve B vom 21. X.

22. X. Die Besserung machte in den letzten 10 Tagen rasche Fortschritte: Patient ist jetzt zeitlich und örtlich völlig orientiert, hat Krankheitsgefühl und -einsicht, unterhält sich mit seinen Kameraden, ist in seinem ganzen psychischen Wesen noch langsam, äußert aber Wünsche und zeigt einen lebhaften Gesichtsausdruck; korrigiert seine Konfabulationen „es müssen Träume gewesen sein".

Er macht jetzt gute Angaben über seine Vorgeschichte, die sich im allgemeinen mit seinen früheren decken. Erwähnenswert daraus sind noch folgende Punkte:

Hat in der Kindheit bis 15 Jahren manchmal leichte Ohnmachten gehabt, verbunden mit heftigen Kopfschmerzen. Sie kamen von selbst. Ohne Krämpfe; er hat sie zuletzt mit 15 Jahren in der Lehre bemerkt.

Sonst stets gesund und arbeitsfähig.

Nicht gedient.

Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Juli 15 eingezogen und ausgebildet. 5. V. 16 ins Feld, nach Lille. Dann Ende September 16 Sommekämpfe; dann Lorettohöhe; Frühjahr 17 Arras.

Dann gaskrank; aber nicht bewußtlos (vgl. u.).

Juli 17 wieder ins Feld und zum Rekrutendepot.

Fühlte sich völlig wohl bis zum jetzigen Unfall.

Erinnert sich an alles vor und nach dem Fall; war nur eine Minute wie betäubt, stand von selbst wieder auf, mußte erbrechen und legte sich zu Bett. Konnte schlecht schlafen wegen Kopfschmerzen.

Am nächsten Tag war ihm schwindlig und er meldete sich deshalb tags darauf zum Arzt.

Kam ins Revier, dort verlor er das klare Bewußtsein und kam ins Lazarett, woran er keine Erinnerung mehr hat.

In O. kam er allmählich wieder zu sich, dort hatte er schon „Träume", er werde erschossen; seine Frau habe ihm ein Telegramm gesandt, daß sie ihn besuche. Er habe dann seine Frau bei sich gesehen.

Erinnert sich der dortigen Ärzte und Schwestern ungenau.

Seines Transportes hierher erinnert er sich nicht mehr.

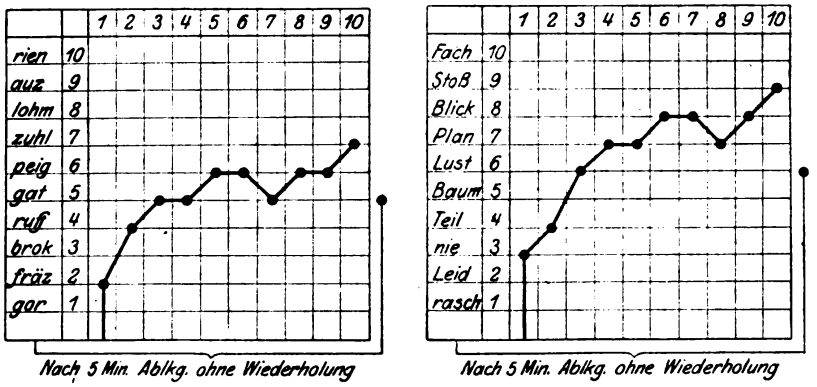
Hier sah er dann seine Frau mehrmals.

Er schließt jetzt, daß auch dies nur „Traum" war, „es kann ja nicht wirklich gewesen sein".

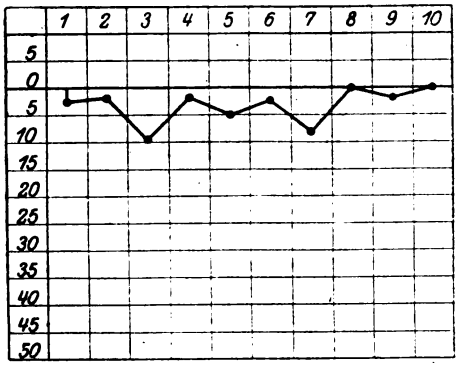
Und allmählich kam er wieder zum Bewußtsein.

Körperlich: Blutwassermann negativ.

Bei der Lumbalpunktion kam Blut.



Merkkurve III vom 7. XI.



Aufmerksamkeitskurve C vom 8. XI.

Die Merkkurve III vom 7. XI. und die Aufmerksamkeitskurve C vom 8. XI. zeigen eine bedeutende Besserung, letztere noch starke Schwankungen.

Die weitere psychische Erholung — auch zugleich seiner allgemeinen intellektuellen Fähigkeiten — veranschaulicht sehr gut der selbstgeschriebene Lebenslauf vom 15. XI.:

Lebenslauf des [Ldstrm.] A. H.

„Am 19. Dezember 1885 wurde ich als Sohn des Landwirtes A. H.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in W. geboren. Von meinem 6. bis zum 13. Lebensjahre besuchte ich daselbst die Volksschule. Dann trat ich bei einem Metzgermeister in die Lehre. Nach dreijähriger Lehrzeit betrieb ich das Handwerk noch einige Jahre als Geselle, daneben aber auch die Landwirtschaft. Endlich gab ich das Handwerk auf und widmete mich ganz der Landwirtschaft. Im Jahre 1912 trat ich in die Ehe ein, welcher 3 Kinder entsprossen; wovon jedoch eines starb. Am 1. Juli 1915 wurde ich zum Militär eingezogen und kam am 1. Mai 1916 ins Feld. Im Mai 1917 wurde ich verschüttet und erkrankte an einer Gasvergiftung. Nachdem ich zirka 14 Tage im Lazarett gelegen hatte, erhielt ich einige Wochen Urlaub und kam wieder ins Feld. Ende Juli stürzte ich die Treppe herab und kam dann ins Lazarett O. Von dort wurde ich nach M. verlegt. Während meiner Erkrankung glaubte ich meine Frau zu sehen."

22. 10. Die körperliche Nachuntersuchung ergibt:

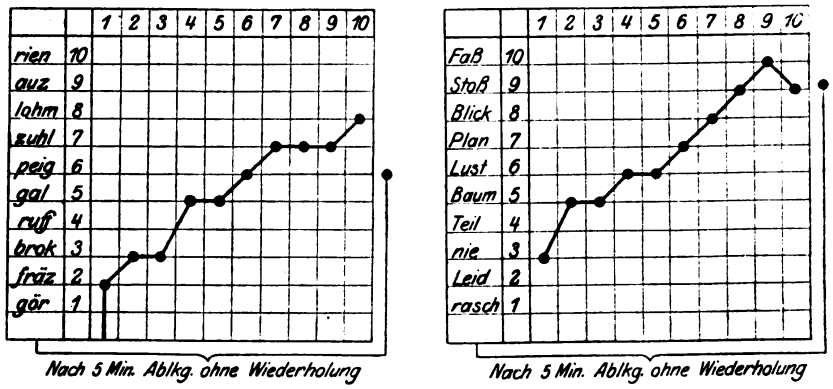
Neurol. w. o. Rechte Pupille > l. Leichter Nystagmus bei Blick nach links. Zunge eine Spur nach rechts.

Reflexe an den unteren Extremitäten +, schwer auszulösen. Sonst o. B.

25. X. Psychologische Untersuchung ergibt weitere Besserung sämtlicher psychischen Leistungen bei noch vorhandener grober Störung der Satzreproduktion.

5. XI. Stetige Besserung des psychischen Befindens. Patient nimmt an den Unterhaltungsabenden im Genesungsheim teil, zeigt Interesse für Politik, liest Tageszeitungen. Patient faßt jetzt gut auf, hat Interesse an allem in seiner Umgebung. Zeigt normalen Affekt, unterhält sich.

In allem noch etwas langsam, sonst nicht weiter auffällig.



Merkkurve IV vom 20. XI.

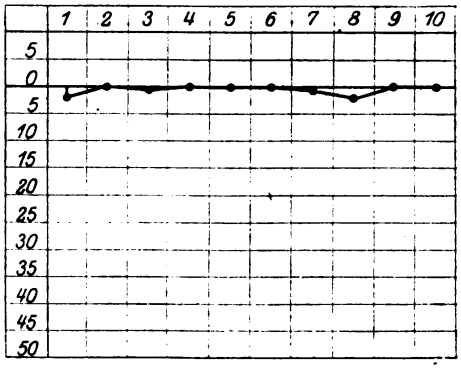
20. XI. Gute weitere psychische Erholung ohne alle Auffälligkeiten. Psychologisch jetzt normale Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitskurven (s. Kurve IV und D), nur ist die Lernfähigkeit (Gesamt- und Dauerhaftung) noch leicht herabgesetzt.

Satzreproduktion fehlerlos.

Körperlich kein krankhafter Befund mehr außer R. Pup. > l.

Kein Nystagmus mehr.

Zunge eine Spur nach rechts.



Aufmerksamkeitskurve D vom 20. XI.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reflexe o. B., auch die der unteren Extremitäten deutlich +, beiderseits gleich.

5. XII. Dauernd frei von psychischen Störungen.

Macht psychisch unauffälligen Eindruck.

Nur noch etwas langsam in seinen psychischen Reaktionen.

Psychologisch: Normale Kurven. Die gleichen Ergebnisse wie Kurve IV und D.

Körperlich: wie am 20. XI. 17.

11. XII. Die Angaben über seine Vorgeschichte sind lückenlos (wie am 22. X. 17) und entsprechen den obigen Mitteilungen. Auch über den Unfall sind seine jetzigen Angaben wie oben. Er weiß, wann und wie er ins Lazarett gekommen ist, während er sich aber nicht an seine Verwirrtheit vorher erinnern kann, die zu seiner Einlieferung führte. An seinen Aufenthalt im Lazarett hat er Erinnerung, freilich etwas traumhaft und unklar. Er erinnert sich auch jetzt noch ganz genau an seine dortigen Erlebnisse, in denen er seine Frau sah und mit ihr sprach. Korrigiert sie auch jetzt lächelnd, „es kann ja nicht wirklich gewesen sein". Die Eindrücke selbst aber seien für ihn wahrheitsgetreu gewesen.

An die Zeit seiner Überführung hierher, an die erste Untersuchung hier, an die ersten 4 Wochen seines hiesigen Aufenthaltes hat er so gut wie keine Erinnerung. Allmählich habe es in ihm gedämmert und er sei allmählich wieder zum wachen Zustande wie jetzt gekommen.

Mein Schlußurteil lautet:

Es handelt sich um eine Psychose nach Gehirnerschütterung, die jetzt abgeklungen ist. Patient ist geheilt und völlig erwerbsfähig. Zusammenhang mit dem K. D. +.

Mit Rücksicht auf den schweren psychischen Zustand, den Patient durchgemacht hat, ist er als dauernd kr. u. zu bezeichnen, wird aber als völlig erwerbsfähig in seinem Beruf angesehen.

14. XII. Mit obigem Befund und Urteil zum Ersatztruppenteil entlassen.

Die mir zugesandte Krankengeschichte über eine frühere Gasvergiftung betont ausdrücklich, daß H. nicht bewußtlos war und spricht nirgends von irgendwelchen psychischen Störungen. Er wurde geheilt entlassen. Auf meine Anfrage über die Vorgeschichte von H. berichtet mir seine Frau, daß H. nie durch geistige Störungen aufgefallen, immer ein guter Arbeiter und braver Mann gewesen sei; dann und wann litt er an Kopfschmerzen.

Meine katamnestische Erhebung nach $^3/_4$ Jahr über den weiteren Zustand des H. wurde von ihm selbst dahin beantwortet, daß er sich im allgemeinen wohl fühle, nur etwas mehr an Kopfschmerzen leide als früher und beim Bücken Schwindelanfälle bekomme, aber gut seine Landarbeit versehen könne; er arbeite so ziemlich wie früher. Der Brief war korrekt geschrieben und zeigte nichts Krankhaftes.

Zusammenfassend ist im vorliegenden Falle folgendes zu betonen: Es handelt sich um einen erblich belasteten Landwirt im mittleren Lebensalter, an sich kräftig gebaut und mit gesunden Organen, der von jeher alkohol- und nicotinintolerant war und zeitweise Kopfschmerzen und leichte Migränezustände hatte. Nach längerem Frontaufenthalt erlitt er in einem Feldrekrutendepot durch Ausgleiten von der Treppe einen Fall auf den Hinterkopf mit offenbar ganz kurzem, wohl nur sekundenlangem Bewußtseinsverlust. Es traten sofort starke Kopfschmerzen im Hinterkopf ein, er erhielt einen Tag Schonung und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

konnte sich ausruhen. In der darauffolgenden Nacht bekam er einen plötzlichen Verwirrtheitszustand mit psychischer Erregung und wurde in leicht benommenem Zustand in ein Lazarett eingeliefert. Hier war er zunächst geordnet, gab schwerfällige, aber brauchbare Auskunft. Körperlich fiel nichts Wesentliches auf. Nach einigen Tagen setzten plötzlich Verwirrtheits- und Erregungszustände bei ihm ein, in denen er konfabulierte und lebhafte Traumerlebnisse hatte. Diese Zustände wechselten mit Stunden eines anscheinend ziemlich normalen Befindens ab. Nach wiederum einigen Tagen benahm er sich dauernd korrekt, bot keine besonderen psychischen Absonderlichkeiten und wurde in ein Genesungsheim übergeführt. Bei seiner Aufnahme im Genesungsheim — einen Monat nach jener leichten Gehirnerschütterung — zeigte er zunächst ein an sich geordnetes, jedoch schwerfälliges Wesen und war in sämtlichen psychischen Reaktionen deutlich verlangsamt. Er erinnerte sich jedoch nicht an seinen ersten Verwirrtheitszustand, der seine Einlieferung ins Kriegslazarett zur Folge hatte, und zeigte eine vollständige Erinnerungslücke für die Einlieferung ins Lazarett selbst. Er war über die Zeit seines dortigen Aufenthaltes nicht genau orientiert und korrigierte seine „Traumerlebnisse" ohne volle Einsicht. Er war ziemlich affektlos, leicht traumhaft und gehemmt. Körperlich ist hervorzuheben: die rechte Pupille ist größer als die linke, die Pupillenreaktionen sind prompt. Es besteht leichter Nystagmus beim Blick nach links, die Zunge weicht eine Spur nach rechts ab.

Einige Tage nach seiner Überführung ins Genesungsheim wird er plötzlich unruhig und verwirrt. Er ist völlig desorientiert, konfabuliert und zeigt vornehmlich eine starke Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Auffassung. Nach dieser Erregung wird er völlig apathisch, nimmt keine Notiz von seiner Umgebung und zeigt keine Spontaneität. Sein Gesichtsausdruck ist leer, seine Stimmungslage leicht euphorisch. Über die Jetztzeit ist er völlig desorientiert, während er über seine frühere Vergangenheit nach langem Besinnen kurze, aber richtige Angaben macht. Die psychologische Untersuchung ergibt schwere Auffassungs-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen bei fast fehlender Lernfähigkeit. Er spricht agrammatisch in verbaler oder infantiler Form. Aus diesem Zustand traumhafter und ratloser Verworrenheit mit Konfabulationen erwacht er ganz allmählich im Laufe eines Monats bei langsamer und stetiger Besserung sämtlicher psychischen Leistungen, so daß er ungefähr einen Monat nach seiner Aufnahme im Genesungsheim orientiert ist, freilich mit Erinnerungslücken für seinen bisherigen Lazarettaufenthalt. In den weiteren vier Wochen nimmt seine Genesung allmählich Fortgang, so daß er wieder Interesse an seiner Umgebung hat und im allgemeinen geordnet erscheint. Wie die fortlaufenden psychologischen Untersuchungen ergeben, bessern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich seine sämtlichen psychischen Leistungen langsam und stetig, was namentlich ein Vergleich der Merk- und Aufmerksamkeitskurven gut demonstriert. $4^1/_2$ Monate nach der Gehirnerschütterung kann er als geheilt gelten. Er ist dauernd frei von psychischen Störungen, zeigt jetzt normale Auffassungs- und Merkfähigkeitskurven und fällt nur noch durch seine langsamen psychischen Reaktionen und eine geringe Herabsetzung seiner Lernfähigkeiten auf. Die Angaben über seine Vorgeschichte sind jetzt lückenlos, er erinnert sich an seinen Unfall, an seine Einlieferung ins Lazarett, jedoch nicht an seine Verwirrtheit vorher; an seinen Aufenthalt im Lazarett hat er traumhafte und unklare Erinnerung, während er an die Zeit seiner Überführung ins Genesungsheim, an die erste Untersuchung hier und an die ersten vier Wochen seines hiesigen Aufenthalts so gut wie keine Erinnerung hat. Es besteht auch jetzt keine retrograde Amnesie für die Zeit vor dem Unfall. Er wird als geheilt und völlig erwerbsfähig entlassen, jedoch mit Rücksicht auf den schweren psychischen Zustand als dauernd kriegsverwendungsfähig. Die katamnestische Erhebung $^3/_4$ Jahr nach seiner Entlassung erwähnt keinerlei besondere Auffälligkeiten mehr außer leichten Kopfschmerzen und leichter Ermüdbarkeit.

Der vorliegende Fall zeigt verschiedene Auffälligkeiten. Einmal ist hervorzuheben, daß es sich dabei um ein verhältnismäßig geringes Kopftrauma handelte mit nur leichter Gehirnerschütterung, zweitens bestanden kurz nach der Gehirnerschütterung nur stärkere Kopfschmerzen ohne sonstige besondere Auffälligkeiten, und die psychischen Störungen setzten erst nach ungefähr 12 Stunden in der Art eines Verwirrtheitszustandes mit Konfabulationen ein, um bald wieder für kurze Zeit einem einigermaßen normalen psychischen Zustande zu weichen. Schließlich folgte diesem mehrere Tage langen annähernd gesunden psychischen Intervalle ein monatelanger schwerer Verwirrtheitszustand mit Desorientierung, Konfabulationen, schwerer Auffassungs- und Aufmerksamkeitsstörung, der schließlich ganz allmählich in psychische Gesundheit überging.

Hervorzuheben ist noch die dauernde Erinnerungslücke für die Zeit der tiefen Psychose, während keine retrograde Amnesie besteht für die Zeit vor dem Unfall und den Unfall selbst. Ob sichere Sinnestäuschungen im psychotischen Zustande vorlagen, erscheint mir ungewiß. Nach dem Wesen des Kranken zu schließen und seinen späteren Angaben scheint es sich dabei mehr um lebhafte Phantasien, um „Traumerlebnisse" gehandelt zu haben.

Was nun die Auffassung des ganzen Krankheitsbildes angeht, so kommt, wenn man zunächst von dem Kommotionsereignis absieht, nur noch ein rein psychogener Ausnahmezustand differentialdiagnostisch in Betracht. Wenn ich mir auch darüber klar bin, daß das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zustandsbild in manchen Zügen sehr an einen psychogenen Ausnahmezustand erinnert, so muß ich doch die Auffassung der ganzen Erkrankung als rein psychogen ablehnen. Das affektlose Wesen, das ganze unproduktive Verhalten, vornehmlich aber das durch genaue psychologische Untersuchungen nachgewiesene völlige Daniederliegen der psychischen Leistungen und deren allmähliche und stetige Erholung, die mit der allgemeinen Genesung Hand in Hand und genau parallel geht, sprechen eindeutig gegen die Annahme einer rein funktionellen Erkrankung. Ich hatte Gelegenheit, mehreren erfahrenen Fachgenossen diesen Fall zu demonstrieren, bei allen machte er während des schweren psychischen Zustandes wie auch im Laufe der weiteren Genesung den Eindruck eines Organikers. In diesem Zusammenhang sind auch noch die, wenn auch nur gering ausgesprochenen, nervösen Ausfälle zu erwähnen.

Muß man so die rein funktionelle Natur des Leidens ablehnen, so drängt die ganze Entwicklung der psychischen Erkrankung zu der Annahme, daß die Psychose bedingt ist durch die kurze vorangegangene Gehirnerschütterung und so als Kommotionspsychose aufgefaßt werden muß. Im Zustandsbilde selbst zeigt der Kranke auch große Ähnlichkeit mit den Erscheinungen, die wir bei den Kommotionspsychosen beobachten können. Namentlich enthält der monatelange schwere psychische Zustand alle charakteristischen Eigenschaften, wie sie dem Korsakowschen Symptomenkomplex zukommen. Gerade auch die scharf ausgesprochene Kongruenz der psychologisch festgestellten Fehlleistungen und des übrigen Verhaltens des Kranken, das Fehlen jeglichen Vorbeiredens und ähnlicher psychogener Züge läßt das ganze Krankheitsbild auch leicht und sicher von der posttraumatischen Pseudodemenz abgrenzen, auf deren häufiges Vorkommen jüngst erst wieder Schröder mit Recht hingewiesen hat.

Das Auffallendste an dem ganzen Krankheitsverlauf bleibt aber, daß die psychischen Störungen erst einige Zeit nach dem Kopftrauma sich entwickelten. Die Psychose ist mit dem Kommotionsereignis zeitlich verbunden durch ein von geringen nervösen Klagen ausgefülltes nervöses Stadium, in dem anscheinend die gesamte Leistungsfähigkeit des Gehirns nur leicht herabgesetzt war. Während die dann einsetzenden psychischen Störungen zunächst noch von klaren Intervallen durchsetzt waren, entwickelte sich schließlich aus diesem, durch starke psychische Schwankungen ausgezeichneten Zustandsbilde eine schwere, mit dem amnestischen Korsakowschen Symptomenkomplex einhergehende Psychose, die sich ganz allmählich bis zur völligen psychischen Gesundheit zurückbildete.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die klaren Intervalle, welche die eigentliche Psychose durchsetzen, sind vom klinischen und psychologischen Standpunkt aus sehr interessant. Sie erinnern mich an jene überraschenden Beobachtungen, die man bei frischen Kommotionsfällen machen kann: Nicht selten begegnet man bei Kranken, die im Anschluß an eine schwere Gehirnerschütterung nach Tagen allmählich aus der initialen Bewußtlosigkeit erwachen, kurzen Zeiten fast völlig klaren Bewußtseins, guten Reagierens und geordneten Wesens, die dann bald wieder von dem gewöhnlichen psychotischen Zustande abgelöst werden. Dabei handelte es sich in den Fällen, die ich bis jetzt beobachten konnte, um so kurzdauernde luzide Intervalle, daß eingehendere psychologische Untersuchungen nicht möglich waren.

Im obigen Falle ist schließlich noch zu betonen, daß eine verhältnismäßig sehr leichte Gehirnerschütterung ätiologisch den schweren psychischen Ausnahmezustand bedingte.

Alle die klinischen Erscheinungen aber, welche, wie in dieser Beobachtung, im wesentlichen als Ausdruck einer allgemeinen Hirnschwäche aufzufassen sind, sprechen eindeutig für eine schwere diffuse Schädigung, die die Gehirnsubstanz durch die Kommotion erleidet. Daß eine derartige organische Schädigung in Erholung übergehen kann, ist eine längst bekannte klinische Erfahrungstatsache und spricht durchaus nicht gegen die obige pathogenetische Auffassung. Wie ich durch experimentelle Untersuchungen feststellen konnte, finden sich in der Tat nach Kommotion ganz regelmäßig diffuse Veränderungen in der zentralen Nervensubstanz, sowohl in der Hirnrinde wie vornehmlich in den basalen Stammganglien, in dem Höhlengrau und in der Medulla oblongata, Veränderungen, die zweifellos als primär traumatisch bedingt anzusehen sind. Wenn Breslauer jetzt wieder auf seine, freilich durch primitive Versuchsanordnung auffallenden Experimente gestützt, die kommotionellen Erscheinungen als Symptom der Medulla oblongata auffaßt, so ist demgegenüber zu betonen, daß diese Ansicht bei weitem nicht den klinischen Ausfallserscheinungen gerecht werden kann; freilich habe auch ich bei meinen experimentell-anatomischen Untersuchungen betont, wie schwer und regelmäßig das verlängerte Mark mit seinen Zentren, vornehmlich dem Vaguskern, sich affiziert erwies. Ob die postkommotionelle Gefäßlähmung, die mir sowohl beim Tier als auch an entsprechendem Menschenmaterial auffiel, ursächlich auf die Störung dieser Zentren zurückzuführen ist, mag dahingestellt sein. Immerhin müssen wir aber pathogenetisch bei der Kommotion stets die Diffusität der anatomischen Störungen im ganzen Zentralnervensystem berücksichtigen, um den postkommotionellen psychischen und nervösen Schwächezuständen gerecht werden zu können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus der Abteilung für Nervenkranke von Dr. E. Flatau im Krankenhaus Czyste-Warschau.

Über eine eigenartige Form des hysterischen Dämmerzustandes im Anschluß an das Stadium des Erwachens und über deren Beziehungen zur Lethargie und Narkolepsie.

Von

Dr. **W. Sterling.**

(Eingegangen am 13. September 1918.)

Die ungeheuere Reihenfolge der pathologischen Zustände, welche von der Hysterie produziert werden können, kann sich ebenfalls auf das Gebiet des Schlafes ausdehnen. Und hier können diese Zustände in verschiedenartiger Form auftreten: 1. als anfallsweise auftretende Zustände, welche mehr oder weniger an den natürlichen Schlaf erinnern (Lethargie — Narkolepsie), 2. als pathologische Schlaftiefe und schließlich 3. als Anomalien des Erwachens.

In den Fällen, deren Beschreibung ich hier ausführe, finden sich Schlafstörungen dieser sämtlichen drei Kategorien. Doch am wichtigsten und am interessantesten sind in unserem Material die Symptome der dritten Kategorie, welche in der Form von charakteristischen Dämmerzuständen in dem Stadium des Erwachens aus dem natürlichen Schlaf aufzutreten pflegten — und eben diese Symptome sind die Ursache der Publikation der vorliegenden Fälle.

Der zweite Fall, welcher die ganze Zeit hindurch im Krankenhaus beobachtet wurde, ist ausführlich beschrieben worden, dagegen soll der erste Fall nur in Zusammenfassung angeführt werden, da er in der wichtigsten Phase seiner Entwicklung bloß ambulatorisch beobachtet werden konnte.

Fall 1. Die Krankheitsgeschichte dieses Falles zerfällt in zwei Abschnitte: die Patientin war vor 8 Jahren eine kurze Zeit im Krankenhaus in Behandlung und jetzt kam sie vor einigen Monaten mit ganz andersartigen Symptomen zur Beobachtung.

Die Patientin R. F., damals ein 15jähriges Mädchen, welche bisher gesund war und sich normal entwickelt hatte, meldete sich im Februar 1909 mit den Klagen, daß sie ungefähr seit einer Woche an Kopfschmerzen leide, welche anfallsweise auftreten sollen; nach den Angaben der Angehörigen der Patientin schlief sie nach einem jeden solchen Kopfschmerzanfalle ein, was einige Male täglich vorzukommen pflegte. Solche Schlafanfälle sollten von einigen Minuten bis zu

Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

einer Stunde angedauert haben. Nach einem jeden Erwachen war die Patientin bei vollkommenem Bewußtsein, doch klagte sie noch eine kurze Zeit über Kopfschmerzen von starker Intensität in den Schläfengegenden. Nach den Angaben der Angehörigen befallen die Schlafanfälle die Patientin am Tage bei verschiedenen Körperlagen: beim Liegen, beim Sitzen, einmal sogar schlief die Patientin während der ärztlichen Untersuchung — noch vor der Aufnahme ins Krankenhaus — beim Stehen ein: sie schlief damals zirka 15 Minuten hindurch; die Augen waren leicht geschlossen, die Respiration war regelmäßig, tief, schnarchend, die Patientin schlief mit leicht zusammengerückten Füßen, herabhängenden Oberschenkeln, ohne irgendwelches geringstes Schwanken des Rumpfes oder der Extremitäten aufzuweisen.

Nach den Angaben der Angehörigen ist dieser Schlaf äußerst oberflächlich, und die Patientin ist leicht vermittels leisester Berührung, Erschütterung oder Händeklatschens aufzuwecken. Nach dem Aufwachen erinnert sich die Patientin, was man während des Schlafes in ihrer Nähe sprach und kann dasselbe mit Einzelheiten wiederholen. Während der Nacht schläft die Patientin ganz normal, meistenteils ohne zu erwachen. Niemals zu Hause hat sie während eines derartigen Schlafanfalles unter sich Kot oder Urin gelassen, niemals hat sie während des Schlafes oder außerhalb des Schlafes Krämpfe oder Schaum vor dem Munde gehabt, niemals hat sie die Zunge gebissen. Dagegen hat sie nach der Angabe ihres Vaters noch früher vor 3—4 Jahren kurze Momente geistiger Abwesenheit gehabt. Sie soll vor 3 Monaten am Tage einen Kopfschwindelanfall gehabt haben und zu Boden gefallen sein; sie lag damals einige Minuten absolut besinnungslos ohne Krämpfe, ohne Schaum vor dem Munde und ohne Zungenbiß. Seit jener Zeit hat sich nie etwas Derartiges wiederholt. Das Mädchen war stets sehr liebenswürdigen Charakters, zugänglich, ruhig, nicht reizbar, arbeitsam; in den letzten Zeiten schlief sie öfters bei der Arbeit ein. Psychisch hat sie sich bisher normal entwickelt.

Die Familie der Patientin weist eine ausgesprochene nervöse Belastung auf; der Vater litt an starker Migräne, an nervösen Schmerzen in den Beinen, die Mutter und 5 Geschwister — alle „nervös". Eine ihrer Schwestern leidet neben typischen hysterischen Anfällen an epileptischen Absencen.

Die objektive Untersuchung im Krankenhaus erwies außer einer mäßigen Schmerzhaftigkeit des Schädels in der Stirngegend und in der Gegend des Schädeldaches und außer sehr lebhaften Patellarreflexen keinerlei Symptome seitens des Nervensystems. Besonders ist das Fehlen irgendwelcher hysterischen Stigmata hervorzuheben.

Während des Aufenthaltes der Patientin im Krankenhaus wurden mehrmals ihre Schlafanfälle beobachtet.

Diese Anfälle stellten sich anfänglich sehr häufig ein: die Patientin schlief plötzlich — entweder allein in der Stube oder in der Umgebung anderer Kranker im Saale oder in Anwesenheit der Ärzte in verschiedenartigen Körperpositionen (sogar beim Stehen) ein — manchmal im Laufe einer Unterhaltung oder einer Erzählung. Ein derartiger Schlaf, falls man ihn nicht unterbrach, konnte manchmal stundenlang andauern. Meistenteils aber weckte die Patientin eine lautere Ansprache, Türklopfen, Erschütterung der Decke oder des Kissens auf. Sie pflegte immer plötzlich und bei klarem Bewußtsein aufzuwachen, sie rieb sich die Augen bei einem jeden Erwachen, klagte laut stöhnend und weinend über heftige Kopfschmerzen in der Stirngegend, was aber am wichtigsten ist — sie konnte nach dem Erwachen mehr oder weniger genau alles wiederholen, was man zu ihr oder neben ihr während des Schlafes sprach. Dagegen führte sie während des Schlafes keine empfohlenen Handlungen aus. Es ist hervorzuheben, daß es mehrmals gelang, den Schlaf bei der Patientin vermittels einer Suggestion zu provozieren; dies gelang, trotzdem sich die Patientin psychisch gegen diese Suggestion wehrte,

Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

indem sie behauptete, sie wolle nicht einschlafen, da sie nach einem jeden Schlafanfall längere Zeit über an einem heftigen Kopfschmerz leide. Es ist zu bemerken, daß auch damals der Schlaf keine deutlichen hypnotischen Züge darbot, sondern einem gewöhnlichen, obwohl äußerst oberflächlichen Schlafe glich, während welches die Patientin keine Befehle ausführte und nach welchem sie (nach dem Erwachen) keiner nachträglichen Suggestion zugänglich war.

Was die somatischen Symptome und die vegetativen Funktionen während des Schlafanfalles anbetrifft, so konnte die mehrmalige Beobachtung im Krankenhaus folgendes feststellen. Der Schlaf der Patientin, unabhängig davon, in welcher Position er sie betroffen hatte, unterschied sich äußerlich anscheinend keineswegs von dem physiologischen Schlafe. Der Gesichtsausdruck war meistenteils ruhig, manchmal ein wenig leidend. Die Augen waren immer geschlossen, die Mundwinkel etwas herabhängend. Die Lichtreaktion der leicht erweiterten Pupillen war stets erhalten. Niemals wurde während des Schlafes Zittern der Lider beobachtet. Ebensowenig konnten in anderen Gebieten irgendwelche Hyperkinesien in der Form von Zittern, Krämpfen oder unwillkürlichen Bewegungen der Extremitäten beobachtet werden. Befiehl der Anfall die Patientin beim Stehen, so konnte die Untersuchung manchmal eine geringe Hypertonie der Muskeln der vorderen Fläche der Oberschenkel und der Waden feststellen, schlief die Patientin dagegen beim Liegen ein, so war die Muskulatur des Körpers total schlaff, wie beim normalen Schlaf. Das Gesicht war immer krebsrot, bloß die Lippen wiesen manchmal eine livide Verfärbung auf. Die Respiration war immer ruhig, regelmäßig, tief, manchmal verlangsamt, jedoch niemals unterbrochen, sogar für Bruchteile von Sekunden nicht. Der Puls pflegte etwas verlangsamt zu sein (64—72), es kamen jedoch auch Anfälle vor, in welchen eine geringfügige Tachykardie festzustellen war (96). Die Temperatur war immer normal. Die Corneal- und Conjunctivalreflexe waren schwach, jedoch leicht auslösbar, dagegen waren die Sehnenreflexe stets äußerst lebhaft. Die cutane Sensibilität war immer genau erhalten und leiseste Berührung in der Gegend des Gesichts, des Rumpfes oder der Extremitäten konnte momentan die Patientin aufwecken. Die Patientin wurde mehrmals, nachdem sie mit einem heftigen Kopfschmerz erwachte, unmittelbar nach dem Erwachen ophthalmoskopiert, jedoch wurden niemals irgendwelche Veränderungen am Augenhintergrunde wahrgenommen. Die Patientin schlief immer plötzlich ein, niemals ging den Schlafattacken irgendwelche Schläfrigkeit oder Apathie voraus. Im Krankenhaus wurde sie manchmal von 10—20 Schlafanfällen täglich befallen.

Nach dem kurzen Aufenthalt der Patientin im Krankenhaus wurden die Schlafanfälle immer seltener, dagegen klagte die Patientin über Kopfschmerz in den erwähnten Gegenden.

Nachdem die Patientin im Jahre 1909 das Krankenhaus verlassen hatte, habe ich sie 8 Jahre hindurch nicht gesehen. Sie kam zu mir erst in der Sprechstunde im Juli 1917 mit Klagen anderweitiger Natur. Die „Schlafanfälle" sind seit jener Zeit restlos verschwunden, dagegen stellten sich seit 5 Monaten andere Störungen des Schlafes oder, richtiger gesagt, des Erwachens ein, welche die Patientin veranlaßt hatten, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Diese Störungen kamen nach einem heftigen Gemütsshock zum Vorschein (Bruch mit dem Bräutigam). Seit dieser Zeit hat die Patientin jede zweite Woche, jede Woche oder zweimal wöchentlich „Anfälle", während welcher sie am Morgen nicht aufzuwecken ist. Am vorausgehenden Abend schläft sie ganz normal, ruhig, tief 7—9 Stunden hindurch, jedoch am Morgen kann man sie weder mit heftigem Schütteln, noch mit Stichen und mit Begießen mit kaltem Wasser aufwecken. Wenn sie nach 45 Minuten, 1 oder $1^1/_2$ Stunden von selbst aufwacht, öffnet sie die Augen, hat einen stumpfen und verwirrten Gesichtsausdruck und macht einen vollkommen bewußt-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

losen Eindruck. 5—15 Minuten hindurch spricht sie spontan kein Wort, beantwortet keine Fragen, führt keine Befehle aus, der Gesichtsausdruck ist vollkommen blöde und starr. Ein dargereichtes Glas mit Milch stößt sie mit der Hand weg, so daß sich die Milch auf das Bett oder auf den Boden ergießt. Reicht man ihr ihre Bluse oder ihren Schlafrock, damit sie sich anzieht, so greift sie dieselben mit den Händen höchst ungeschickt an, manchmal rückwärts und umgekehrt, dreht dieselben nach verschiedenen Seiten, weiß nicht, wie sie dieselben anziehen soll, manchmal zerreißt sie stumpfsinnig die Bluse oder das Hemd.

Ein solcher Zustand kann von $^1/_4$ bis 1—$1^1/_2$ Stunden, selten länger, andauern. Dann pflegt sich der Gesichtsausdruck der Patientin zu verändern, es stellt sich eine blödsinnige, kindische Grimasse ein, sie beginnt häufig laut und gedankenlos zu lachen, mit den Händen zu klatschen, wie dies kleine Kinder tun, wenn sie sich besonders freuen. In dieser Phase beginnt die Patientin auf die Fragen zu reagieren, anfänglich in negativistischer Weise, indem sie sich über sich selbst in dritter Person ausdrückt: „Röschen will nicht." Auf alle Befehle antwortet sie ebenfalls: „Röschen will nicht", oder „Röschen liebt nicht."

Die vorgezeigten Gegenstände kann sie weder benennen noch in einer Reihe der anderen erkennen; beauftragt man sie z. B. in einer ganzen Reihe von Bildern oder Gegenständen mit dem Finger einen einzigen aufzuzeigen, so pflegt sie das prompt und fast immer falsch auszuführen, was häufig den Eindruck macht, als ob sie das absichtlich falsch tue.

Nach einer gewissen Zeit beginnt die Patientin spontan zu reden und auf die Fragen zu antworten, doch hat bereits die nächste Umgebung der Patientin bemerkt, daß sie oftmals anders wie in normalem Zustande spricht. Sie lispelt nämlich wie kleine Kinder und ihr Wortschatz ist stark beschränkt. Häufig nach der Dauer von $^1/_2$ bis 1—2 Stunden kommt damit der Anfall zum Abschluß; die Patientin. schließt die Augen und ist nach einer kurzen Weile, nachdem sie die Augen wieder aufgemacht hat, ganz besonnen, jedoch ist das Gedächtnis über alles, was während des „Anfalles" vorgekommen war, völlig ausgelöscht.

Häufig jedoch kompliziert sich die zweite Phase des Anfalls durch eine ganze Reihe von Symptomen auf psychomotorischem Gebiete. Dies geschieht am häufigsten dann, wenn die Angehörigen der Patientin dieselbe mit Gewalt ihrem pathologischen Zustand zu entreißen versuchen, falls man z. B. sie auf dem Bett aufzusetzen oder passiv auf den Boden zu stellen versucht; manchmal jedoch völlig spontan; die Patientin beginnt dann z. B. mit blödsinnigem Lächeln auf einem Fuße zu hüpfen und zu tanzen, indem sie laut mit der Zunge schnalzt, oder sie beginnt heftig mit der Faust auf den Tisch zu schlagen, ein andermal legt sie sich mit dem Bauche auf den Boden und führt mit dem Bauche und mit den Lenden eine ganze Reihe von Bewegungen aus, welche an den sog. „danse du ventre" erinnern, oder sie wälzt sich auf dem Boden mit lautem Schrei, welcher manchmal förmlich ins Heulen übergeht. Sämtliche Versuche eines passiven Widerstrebens steigern bedeutend die Bewegungsautomatismen und die psychomotorische Erregung der Patientin. Nach einer gewissen Zeit geht die Erregung vorüber und die Patientin — nachdem sie auf eine gewisse Zeit die Augen geschlossen hatte, oder ohne dies — kommt plötzlich zum klaren Bewußtsein zurück mit einer kompletten Amnesie gleich der ersten Kategorie der Anfälle.

Die objektive Untersuchung, welche in dieser Krankheitsphase vorgenommen wurde, erwies eine gewisse Tachykardie und Andeutung von Graefeschem Symptom. Die Schilddrüse war nicht palpabel. Kein Moebius, kein Stellwag. Ebensowenig war Zittern der Extremitäten, Sensibilitätsstörungen, Einengung des Gesichtsfeldes nachzuweisen. In den letzten Monaten hat die Patientin stark abgemagert. Eine leichte Depression, jedoch ist der Charakter ruhig, liebevoll und zugänglich wie früher. Krämpfe kommen niemals zum Vorschein. Menstruation regelmäßig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Krankheitsgeschichte zerfällt im vorliegenden Fall in zwei besondere Abschnitte: der erste von ihnen betrifft die Krankheitsphase vor 8 Jahren, als das dominierende Krankheitssymptom die häufigen „Schlafanfälle“ waren, der zweite von dem jetzigen Datum wird durch Anfälle anderweitiger Kategorie charakterisiert; wenn nämlich die Patientin am Morgen nicht aufzuwecken ist und nach dem Aufwachen sich bewußtlos benimmt, psychisch alteriert ist und eine ganze Reihe von bizarrsten Bewegungsautomatismen ausführt, welche an die in dem zweiten Falle beobachteten Anfälle erinnern.

Beginnen wir mit den Symptomen der ersten Kategorie. Bei einem 15jährigen neuropathisch belasteten, doch in psychischer Beziehung völlig normalen Mädchen, welches bloß über Kopfschmerzen zu klagen hat, stellen sich ohne jegliche deutliche Ursache häufige und kurzdauernde Episoden ein, während welcher die Patientin mehrmals am Tage plötzlich einschläft. Das Symptom des Einschlafens während des Tages kann Ausdruck verschiedenartiger konstitutioneller Krankheiten und Erkrankungen des Nervensystems, sowohl organischer wie funktioneller Natur sein. Es existiert vor allem die sog. idiopathische Schlafkrankheit, welche auf den Mikroorganismus Trypanosoma gambiense zurückzuführen ist, bei den Negern des westlichen und zentralen Afrikas sowie in den belgischen Kongokolonien zu beobachten ist und welche hier nicht nur auf Grund von geographischen Verhältnissen, sondern vielmehr des schweren Krankheitsbildes dieses exotischen Leidens auszuschließen ist. Wir finden weiter Schlafanfälle bei der Arteriosklerose, von welcher keine Rede sein kann, und in verschiedenen Stadien von Syphilis, für welche Erkrankung in der Krankheitsgeschichte keine Anhaltspunkte aufzufinden sind. Es wurde ferner ein pathologisches Schlafbedürfnis nach heftiger Insolation und dem Hitzschlag beobachtet, welch ätiologische Momente in der Anamnese fehlen. Es sind ferner Fälle des gehäuften Einschlafens am Tage bei pathologischer Fettsucht bekannt, während unsere Patientin mager und grazil gebaut war. Ebensowenig erinnerte der ziemlich oberflächliche Schlaf unserer Patientin an die komatischen Zustände bei verschiedenen endo- und exogenen Intoxikationen (Coma diabeticum, Coma uraemicum, Cholämie usw.), für welche Zustände sich übrigens in der Krankheitsgeschichte keine Anhaltspunkte finden.

Was die Erkrankungen des Nervensystems anbetrifft, so finden wir außer bei den schweren entzündlichen Prozessen des Gehirns und der Meningen, von welchen hier keine Rede sein kann, periodisch auftretende Schlafzustände im Verlaufe von Gehirntumoren und mit diesen klinisch verwandten Krankheitsbildern, wie der serösen Meningitis und dem Pseudotumor von Nonne, schließlich im Verlaufe

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Epilepsie und Hysterie. Die Diagnose des Gehirntumors oder der verwandten Krankheitszustände, welche mit gesteigertem Hirndruck einhergehen, sollte hier ihre Berücksichtigung finden, da dem Krankheitsausbruch starke Kopfschmerzen vorausgingen und ein jeder Schlafanfall mit heftigen Kopfschmerzen zum Abschluß kam. Es fehlten hier jedoch anderweitige Symptome einer intrakraniellen Drucksteigerung (Erbrechen, Veränderungen des Augenhintergrundes, psychische Störungen), schließlich konnte der weitere Krankheitsverlauf diese Vermutung mit voller Sicherheit ausschließen. Es wurden die periodischen Schlafzustände sogar im Verlaufe von multipler Sklerose beobachtet (Fall von Charcot), eine Diagnose, welche im vorliegenden Fall kaum in Betracht gezogen werden kann.

Viel ernster muß in diesem Falle die Diagnose einer epileptischen Narkolepsie berücksichtigt werden, und zwar aus dem Grunde, daß die Patientin seit 3—4 Jahren an kurzen Absencen litt und daß sie vor 3 Monaten nach einem plötzlichen Kopfschwindel auf den Boden zusammengestürzt ist und einige Minuten vollkommen bewußtlos dalag. Obwohl dieser letztere Anfall ohne Krämpfe, ohne Zungenbiß, ohne Schaum vor dem Munde und ohne unwillkürliche Stuhl- und Urinabgabe einherging, macht er jedoch nebst den früheren Absencen die Vermutung der Epilepsie berechtigt. Trotzalledem finden wir jedoch in der Symptomatologie der Schlafanfälle selbst bei unserer Patientin kein einziges Merkmal, welches uns erlauben könnte, dieselbe der Gruppe von epileptischer Narkolepsie einzureihen. Vor allem war der Schlaf äußerst oberflächlich, so daß die Patientin beim leisesten Geräusch oder Berührung aufwachte, während bei epileptischer Narkolepsie der Patient nicht aufzuwecken ist, ferner fehlten hier im Krankheitsbilde nicht nur Krämpfe, sondern auch irgendwelche Rudimente oder Äquivalente des epileptischen Anfalls (Zungenbiß, unwillkürliche Kot- und Urinabgabe usw.), ferner schlief die Patientin häufig in den unbequemsten Körperlagen, sogar beim Stehen, in dem sie niemals umfiel, ein, was bei der Epilepsie undenkbar wäre, schließlich konnte sie nach dem Erwachen genau wiederholen, was man zu ihr oder neben ihr während des Schlafes sprach, während die epileptische Narkolepsie regelmäßig durch eine nachträgliche absolute Amnesie charakterisiert wird.

Jedoch als das wichtigste differentialdiagnostische Moment war hier die Tatsache zu betrachten, daß man unserer Patientin das Einschlafen leicht suggerieren konnte. Indem ich die Erörterung des Zusammenhanges der Schlafanfälle bei unserer Patientin mit dem hypnotischen Schlafe zu den Schlußbetrachtungen der vorliegenden Arbeit verschiebe, möchte ich bemerken, daß bereits diese einzige Tatsache den epileptischen Charakter der Schlafanfälle bei unserer Pa-

Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

tientin ausschließt und mit voller Sicherheit für deren hysterischen Charakter plädiert. Für die Hysterie spricht auch das Einschlafen beim Stehen und die außerordentliche Oberflächlichkeit des Schlafes. Was die Amnesie anbetrifft, so findet sich dieselbe ebenso bei hysterischer wie bei epileptischer Narkolepsie. Das Fehlen der Amnesie spricht in unserem Falle entschieden für den hysterischen Charakter der Störung. Indem wir in diesem Falle neben den Schlafanfällen hysterischer Natur deutliche Züge von Epilepsie erblicken („Absences," rudimentäre Anfälle), erkennen wir hier keineswegs eine Hystero-Epilepsie, wie man bis zur letzten Zeit solche klinische Kombinationen zu bezeichnen pflegte, sondern eine klinische Angliederung zweier vollständig aparter Kategorien von Symptomen: organischer und psychogener Natur bei einem mit hereditärer Degeneration belasteten Individuum.

Zum Schluß dieser differentialdiagnostischen Betrachtungen möchte ich noch die Frage erwägen, ob die Schlafanfälle bei unserer Patientin nicht als Ausfluß von Simulation betrachtet werden könnten. Ich berühre diese Frage vor allem deswegen, weil der Schlaf zu den Erscheinungen gehört, welche am leichtesten simuliert werden können. Die Symptome, welche bisher als differentialdiagnostische zwischen dem hysterischen und dem physiologischen Schlaf angegeben wurden, und zwar das Zittern der Lider und das Aufwärtsrollen der Augäpfel sind unsicher und irreführend, da sie zweifelsohne auch bei normalem und desto eher beim simulierten Schlaf beobachtet werden können. Auch die Sensibilitätsstörungen sind unzuverlässig, abgesehen bereits davon, daß dieselben in unserem Falle fehlten. Andererseits ist hier die größte Vorsicht am Platze, da die Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen sowohl kurzen narkoleptischen Anfälle als auch protrahierten Schlafzustände im Verlaufe von Hysterie ältere Beobachtungen betrifft. In der überwiegenden Mehrzahl dieser Beobachtungen, insbesondere aus der Schule der Salpêtrière, fehlt eine strenge Kontrolle und genügend kritische Beleuchtung, so daß ein Gelehrter eines Ranges wie Meige in der Diskussion über die Narkolepsie auf dem französischen Kongresse der Nerven- und Irrenärzte in Brüssel im Jahre 1910 sich folgendermaßen ausdrückt: „C'est la fortune rarissime aujourd'hui d'observer un seul cas de narcolepsie hystérique." Man kann diesem Forscher nur beistimmen, wenn er in vielen Fällen den hysterischen Schlaf nebst einer ganzen Reihe von anderweitigen Symptomen hysterischer Natur (Sensibilitätsstörungen, Einengung des Gesichtsfeldes) als Produkt einer unvorsichtigen Untersuchung und der ärztlichen Suggestion betrachtet. Inwieweit jedoch wichtig und fruchtbar die Untersuchungen der neueren französischen Schule sind (Babinski, Meige, Jumentié u. a.), welche eine Beschränkung der übermäßigen Ausdehnung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hysteriebegriffes und Aufdeckung der Kunstprodukte der unbewußten ärztlichen Suggestion anstreben, so gehen einige Forscher in dieser Richtung entschieden zu weit. Ich möchte beispielsweise die Meinung von Dupré anführen, welche auf demselben Brüsseler Kongresse in der Diskussion über die Narkolepsiefrage ausgesprochen wurde: „La narcolepsie hystérique n'est qu'un des modes de manifestation de cet état psychopatique, que j'ai désigné sous le nom mythomanie." Und zwar bezeichnete Dupré seinerzeit mit dem Namen Mythomanie eine pathologische Neigung zur Lüge und zur Simulation, zu welcher soviel Anlaß die hypnotischen und narkoleptischen Zustände geben können. Ich möchte an dieser Stelle vorläufig keine Kritik dieses Standpunktes treiben, welcher mir unrichtig zu sein scheint, ich möchte nur die Argumente anführen, welche meines Erachtens in unserem Fall die Vermutung der Simulation ausschließen. Es ist vor allem das heftige Widerstreben der Patientin gegen die suggestive Auslösung eines narkoleptischen Anfalls, während der Simulant keine einzige Gelegenheit zur Auslösung eines pathologischen Phänomens zu versäumen geneigt wäre. Weiter koinzidiert das Einschlafen in der Stehlage keineswegs mit der Psychologie des Simulanten, welcher eher zu Boden gestürzt wäre, um liegend einzuschlafen, statt zum Schlafen eine derartig unwahrscheinliche und unpassende Position auszuwählen. Schließlich die außerordentliche Oberflächlichkeit des Schlafes, Leichtigkeit die Patientin aufzuwecken und die Möglichkeit, alles zu wiederholen, was man zu ihr und neben ihr sprach, während der Simulant zweifellos einen tiefen Schlaf nachzuahmen und alles, was man ihm während des Schlafes vorsprach, zu negieren geneigt wäre. Es spricht also hier gegen die gewöhnliche Simulation entschieden der Verzicht seitens der Patientin auf jede Gelegenheit des Produzierens der pathologischen Symptome und das Auftreten in den unbequemsten und unwahrscheinlichsten Positionen, und gegen die pathologische Simulation („Mythomanie" von Dupré) das Auftreten dieser Symptome in möglichst mildester Form und das Fehlen der Tendenz seitens der Patientin, sich im Glanze dieser Symptome für die Umgebung „interessant" zu machen. Ich komme jetzt zu der Besprechung der Symptome der zweiten Kategorie, welche 8 Jahre nach dem Verschwinden der soeben besprochenen narkoleptischen Anfälle zur Beobachtung kamen. Diese Symptome, welche sich nach einem moralischen Shock eingestellt haben sollten, treten in zwei Formen auf: 1. als ungewöhnliche Schlaftiefe am Morgen, so daß die Patientin künstlich nicht aufzuwecken ist, und 2. als anormale psychotische Zustände der Patientin nach dem spontanen Aufwachen in Verbindung mit einer Reihe bizarrer Bewegungsautomatismen. Für das Auftreten und die Gestaltung der zweiten Kategorie der Symptome hatte einen gewissen Einfluß die Tatsache, ob die Patientin spontan

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufwachte oder ob man sie mit verschiedenen heftigen Reizen aufzuwecken versuchte (Begießen mit kaltem Wasser, tiefe Nadelstiche usw.): in diesem letzteren Fall pflegten die Anfälle in schwererer Form zu verlaufen. Überhaupt wurden hier, wie in dem nachfolgendenFall, leichtere und schwerere Anfälle beobachtet. In einem jeden Anfall erster und zweiter Kategorie konnte man zwei Stadien unterscheiden: die erste Phase der fast absoluten Bewußtlosigkeit unmittelbar nach dem Erwachen mit blödem, starrem Gesichtsausdruck, mit fast kompletter Reaktionslosigkeit gegen äußere Reize, mit Unmöglichkeit irgendwelchen Kontaktes mit der Patientin und mit Symptomen, welche den Eindruck apraktischer Phänomene machten (die Art des Trinkens, des Sichankleidens usw.). Diese Phase konnte $^1/_4$ bis 1—$1^1/_2$ Stunden andauern, worauf das zweite Stadium folgte — mit kindisch blödsinnigem Gesichtsausdruck, Antworten auf die Fragen in dritter Person, lispelnder und agrammatischer Sprache, falschem Vorzeigen der genannten Gegenstände, welches dem Vorbeizeigen analog war — in einem Worte mit deutlichen Zügen des sog. „psychischen Puerilismus". Auch hier wie in dem nachfolgenden Fall verlief die Kurve des Dämmerzustandes in der Weise, daß nach einer gewissen Lichtung des Bewußtseins im Anfang der zweiten Phase dieselbe sich dann auf eine gewisse Zeit ($^1/_2$ bis 1—2 Stunden) auf einer gewissen Höhe hielt; dann kehrte in den leichteren Fällen die Patientin ganz plötzlich zum Bewußtsein zurück, während in den schwereren Anfällen eine kürzere oder längere Phase heftiger psychomotorischer Erregung mit clownischem Lächeln und bizarrsten Bewegungsautomatismen nachfolgte, welche ganz analog den in dem zweiten Fall beobachteten Automatismen waren. Auch in dieser Kategorie der Anfälle kam das Bewußtsein plötzlich zurück, hier und da war die nachträgliche Amnesie komplett.

Da der Verlauf und die Gestaltung dieser Anfälle völlig analog den in dem zweiten Fall beobachteten Anfällen waren, so wollen wir dieselben einer gemeinschaftlichen Analyse unterwerfen.

Fall 2. Der Fall betrifft einen 28jährigen Getreidehändler. Der Patient leidet seit 2 Jahren an eigentümlichen Störungen, welche sich nach seinen Angaben ausschließlich am Morgen nach dem Erwachen einstellen; es kommen nämlich Tage vor, wo er am Morgen nicht aufwachen kann, falls man ihn nicht mit Gewalt aufweckt. Dann bleibt er einige Stunden hindurch bewußtlos, und nachher, nachdem er zum Bewußtsein gekommen ist, weiß er gar nicht, was mit ihm während dieser Zeit vorging. Oder es kommt vor, daß der Patient spontan in halbbewußtem Zustand aufwacht, welcher einige Stunden andauert, bezüglich welches nachträglich eine absolute Amnesie fortbesteht. Die Umgebung des Patienten hat ihm erzählt, daß er manchmal während eines solchen Zustandes singt, weint, pfeift usw., doch er selbst weiß keinen Bescheid darüber. Nach den Angaben des Patienten kann das Erreichen des vollen Bewußtseins nach dem Erwachen am Morgen beschleunigt werden, falls man ihm Essen gibt, dann pflegt das Bewußtsein nach einigen Minuten zurückzukehren. Einen großen Einfluß auf die erwähn-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ten Anfälle soll die Tatsache haben, ob der Patient am vorigen Abend gegessen hatte oder nicht. Das Ausbleiben des Abendbrotes kann am nachfolgenden Morgen den Anfall auslösen. Diese Anfälle traten anfänglich einmal monatlich auf, später 3—4 mal monatlich, vor einem Jahre sogar täglich, seit einigen Monaten wiederholen sie sich 1—2 mal wöchentlich.

Der Patient hat niemals an Krämpfen gelitten, hat niemals Urininkontinenz, noch Symptome, welche an „petit mal" erinnerten, gehabt. Er ist niemals nervös gewesen, war immer ruhig und besonnen. Er soll sich vor 1 Jahre und 4 Monaten während der Nacht stark erschreckt haben (er fuhr mit einem Wagen und wurde unterwegs von einem Bauern angegriffen). Er soll vor einem Jahre während der Nacht aufgestanden sein und bewußtlos im Zimmer herumgewandelt sein (es war damals kein Vollmond gewesen).

Verheiratet seit 3 Jahren, hat ein Kind gehabt, welches in den ersten Lebensmonaten gestorben ist. Das Eheleben mit der Frau war kein glückliches, die Frau soll ihn stark „gequält" haben, was seines Erachtens einen starken Einfluß auf den Krankheitsausbruch gehabt hat. Seit einem Jahre ist er geschieden.

Sonst hat er keine Krankheiten durchgemacht. Kein Alkoholismus. Kein Nicotinismus, keine venerischen Krankheiten in der Vorgeschichte.

St. praesens. 20. II. 1913. Hoher Wuchs, guter Bau, mäßige Ernährung.

Innere Organe ohne Besonderheiten.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Schädelbau normal.

Der Gesichtstypus erinnert an denjenigen eines Negers: hervorstehende Jochbeine, abgewickelte Lippen.

Die oberen und unteren Extremitäten übermäßig lang.

Außerdem keine Degenerationszeichen.

Pupillen gleich, reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz.

Das Gesichtsfeld ist normal.

Augenhintergrund ohne Besonderheiten.

Keine Asymetrie des Gesichts während der Ruhe und bei mimischen Bewegungen.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt.

Corneal- und Conjunctivalreflexe lebhaft.

Keine Paresen der Extremitäten.

Sehnenreflexe mäßig, Hautreflexe sehr lebhaft, Plantarreflexe normal.

Sensibilität erhalten.

Die Psychik ist in den anfallsfreien Perioden vollkommen normal; speziell lassen sich keine Züge des sog. „hysterischen" wie „epileptischen" Charakters eruieren.

21. II. Der Patient erwachte heute um 8 Uhr morgens, war schläfrig, rieb sich die Augen. Nachher war er 5 Stunden bewußtlos, lief in dem Korridor herum, pfiff, sang, stürzte sich auf fremde Betten, schlug mit den Händen auf die Oberschenkel, tanzte im Krankensaal. Um 12 Uhr wurde er ruhiger, legte sich in sein Bett hin, $^1/_2$ Stunde hindurch lag er mit geschlossenen Augen, um $12^1/_2$ hat er Frühstück gegessen, und kurz danach kehrte er zum Bewußtsein zurück. Später wußte er gar nicht, was mit ihm während dieser Zeit vorgekommen war.

25. II. Gestern abend hat der Patient kein Abendbrot gegessen. Heute morgen um 9 Uhr schlief er noch mit derartig tiefem Schlaf, daß das heftigste Schütteln, Stechen, Reizung mit faradischem Strome ihn nicht aufzuwecken vermochte. Er erwachte erst um 11 Uhr, der Gesichtsausdruck war starr, schläfrig; er war absolut bewußtlos, erkannte niemanden, lag zusammengeknickt in der unbequemsten Lage, aus den Mundwinkeln entleerte sich reichlich Speichel. Ein derartiger Zustand dauerte ohne jede Unterbrechung bis $1^1/_2$ Uhr; dann wurde der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patient mit Gewalt auf das Bett aufgesetzt, man gab ihm Kaffee mit erweichter Semmel zu essen. Dann legte er sich wieder hin und lag einige Zeit ohne zu schlafen. Um 2 Uhr nachmittags stand er völlig normal auf und war absolut bei Sinnen.

1. III. Heute erwachte der Patient spontan um 9 Uhr, öffnete die Augen, welche einen völlig starren Ausdruck hatten. Er blickte ausdruckslos vor sich hin, war außer Sinnen, antwortete nicht auf die Fragen, ebensowenig verriet der Gesichtsausdruck, daß der Patient die an ihn gerichteten Fragen verstehe, die Augen wanderten stumpf in verschiedenen Richtungen. Der Patient lag entweder ausgestreckt auf dem Bett, mit den Armen unter dem Kopf, oder merkwürdig zusammengeknickt, der Kopf fast die Knie berührend. Sogar die stärksten Reize vermochten keineswegs ihn aus diesem Zustande aufzuwecken. Auf leichtere Stiche trat überhaupt keine Reaktion auf, bei stärkeren Nadelstichen zuckte das Gesicht zusammen, der Patient machte einen heftigen Ruck nach hinten, schob die stechende Hand zurück, verfiel jedoch unmittelbar nach dem Aufhören des Reizes in den früheren Zustand. Weder das heftigste Schütteln des ganzen Oberkörpers noch das Begießen des Kopfes, des Gesichts und des Brustkastens mit kaltem Wasser hatten einen Erfolg.

Setzte man den Patienten passiv auf dem Bette auf, so behielt er keineswegs die Position, sondern knickte mit dem Oberkörper auf die Bettdecke in bizarrster und unbequemster Lage zusammen in der Weise, daß die Füße sich auf einer Seite des Bettes auf den Boden stützten, der Rumpf quer über dem Bett lag und der Kopf auf der anderen Seite des Bettes in der Luft herabhing; das Gesicht war gedunsen, livid, die Augenspalten weit geöffnet. Es war dabei ein starker Speichelfluß vorhanden, welcher sogar bei bequemerer Lage nicht aufhörte; doch war kein Schaum vor dem Munde zu verzeichnen. Führte man den Patienten passiv aus der beschriebenen Position nicht heraus, so machte er keinerlei Versuche, dieselbe zu verändern; er machte bloß von Zeit zu Zeit automatische Bewegungen mit den oberen Extremitäten, welche an die Bewegungen der Droschkenkutscher erinnern, welche sich vom Frost erwärmen. Versucht man, den Patienten aus der Liegelage aufzuheben, ohne jedoch die Sitzlage zu erreichen, so reißt sich der Patient los und wälzt sich auf dem Bette in verschiedenen Richtungen. Bei diesen Bewegungen tritt ein noch reichlicherer Speichelfluß auf. Ab und zu sieht man leichtes Zittern der Bulbi, jedoch ohne deutlichen Nystagmus und Schütteln der rechten oberen Extremität, welches jedoch keine Züge der Krämpfe aufweist.

Greift man dem Patienten unter die Arme und stellt ihn passiv auf den Boden, so behält er diese Stehposition nicht, sondern knickt mit dem Kopf und dem Oberkörper nach vorne zusammen und stürzt, falls man ihn nicht hält, mit dem ganzen Gewicht zu Boden. Läßt man dann den Patienten liegen, so bleibt er entweder absolut regungslos oder wälzt sich auf dem Boden ähnlich wie früher auf dem Bette. Die Augenspalten sind dabei vollkommen offen, die Augen fixieren keinen bestimmten Gegenstand und behalten fortwährend einen starren Ausdruck. Der Patient ist vollkommen bewußtlos und gibt eine ganze Reihe von Tönen von sich, welche an lautes Stöhnen und Murmeln erinnern.

Um 12 Uhr war der Zustand ohne Veränderung. Absolute Bewußtlosigkeit, kein Reagieren auf die Fragen.

Am vorigen Abend hat der Patient kein Abendbrot bekommen und legte sich früh zu Bett.

Heute bis 12 Uhr hat er kein Frühstück bekommen.

Puls = 52.

Pupillen sehr eng, doch reagieren sie prompt auf Lichteinfall.

Gegen 12 Uhr gab man dem Patienten eine Semmel in Milch erweicht; er aß automatisch, verschluckte sich, die Bissen blieben ihm längere Zeit im Munde haften.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seit 12 Uhr begann der Patient zu Sinnen zu kommen. Er hat normal das Frühstück gegessen, doch war er noch schläfrig.

Nach 1 Uhr war er fast völlig normal.

Absolute Amnesie bezüglich der Periode von 9 Uhr morgens bis 12 Uhr.

4. III. Gestern und vorgestern erwachte der Patient am Morgen ganz normal.

An vorangehenden Abenden hat er, wie gewöhnlich, sein Abendessen bekommen.

Gestern seit dem Mittagessen hat er nichts zu essen bekommen.

Heute um 9 Uhr morgens fand man den Patienten noch schlafend; er lag zusammengekauert auf dem Bett und war bis auf den Kopf mit der Decke zugedeckt.

Nach dem Abheben der Decke erwachte er momentan. Er blickte mit einem schläfrigen, stumpfen Blick im Krankensaal herum, doch war der Gesichtsausdruck nicht derartig abwesend, wie bei schwereren Anfällen; heute machte er bloß den Eindruck eines plötzlich erweckten Menschen, der die Außenwelt noch nicht klar aufzufassen vermag.

Die ersten 10—12 Minuten hindurch reagierte er nicht auf die Fragen, schloß die Augen, als ob er weiter schlafen wollte. Wendete man sich ihm zu, so machte er die Augen auf, doch antwortete er nicht auf die Fragen. Beim Stechen verschiedener Körperteile stieß er die stechende Hand ab und klagte über Schmerzen und Stechen.

Nach 12 Minuten begann er auf die Fragen zu reagieren, anfänglich in der Weise, daß er stereotyp die an ihn gerichteten Fragen wiederholte. Doch bald begann er in der Form von Antworten zu reagieren, welche anfänglich immer negativistisch klangen. So antwortete er z. B. auf die Fragen, wer ist der Arzt, wer ist die Pflegerin: „Ich weiß nicht." Ebensowenig konnte er anfänglich den Bleistift, das Taschenmesser, das Glas und die Gabel erkennen. Es war aber schwer zu entscheiden, ob der Patient die Personen und vorgezeigten Gegenstände tatsächlich nicht erkannt hatte, oder ob er sich durch seine negativistischen Antworten von den Untersuchungen und Fragen befreien wollte, welche ihn aus seinem Zustande des Halbschlafes herauszuführen bestrebten.

Nach Ablauf von 25 Minuten begann er jedoch auf die Fragen mit richtigen Antworten zu reagieren; er erkannte den Arzt, die Pflegerin, die Patienten in dem Krankensaal und eine ganze Reihe der vorgezeigten Gegenstände: Zucker, Semmel, Uhr, Glas, Streichhölzchen, Schlüssel, Taschenmesser. In der Reihe der farbigen Bilder erkannte er jedoch bloß einige: Flasche, Tisch, Stiefel, andere werden entweder überhaupt gar nicht (Glocke, Wurst, Gabel, Tisch) oder falsch erkannt. Z. B. die „Katze" nannte er „Pferd", die „Gabel" — „Taschenmesser". Es scheint, als ob bei diesen Störungen irgendwelche aphatische oder paraphatische Prozesse keine Rolle spielten, sondern Apperzeptionsstörungen im allgemeinen Sinne des Wortes.

Von den Buchstaben des beweglichen Alphabets erkannte er bloß A, K und B. Die Ziffern erkannte er schon damals richtig.

35 Minuten nach dem Erwachen führte er ganz richtig verschiedene arithmetische Aufgaben aus:

$$2 \times 15 = 30,$$
$$2 \times 35 = 70,$$
$$3 \times 35 = 105,$$
$$4 \times 27 = 108,$$
$$31 + 24 = 55,$$
$$60 - 14 = 46.$$

Dagegen antwortete er auf die Frage, wieviel bleibt, falls man von 25 Kop. 37 wegnimmt: „Ich weiß nicht." Auf die Frage, was wiegt mehr: ein Pfund Watte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder ein Pfund Eisen, antwortete er jedoch richtig. Er erklärte ziemlich genau den Unterschied zwischen Pferd und Kuh, Stadt und Dorf, Sommer und Winter usw.

45 Minuten nach dem Erwachen, trotzdem er auf die Fragen antwortete, behielt er denselben stumpfen, schläfrigen und halbwachen Gesichtsausdruck, konnte die Stunde auf der Uhr nicht erkennen und erinnerte sich nicht, was mit ihm bis zu dem Momente des Aufwachens vorging. Ebensowenig konnte er irgendwelche Angaben über seine Krankheit machen.

Um 11 Uhr 45 Minuten, d. h. eine Stunde später, befand sich der Patient in demselben Dämmerzustande, er lag auf dem Bette mit starrem, schläfrigem Gesichtsausdruck, schließt ab und zu die Lider, schläft jedoch nicht ein.

12 Uhr mittag. Zustand absolut ohne Veränderung; er liegt auf dem Bett regungslos mit geschlossenen Augen, ohne zu schlafen oder fährt mit wirrem, schläfrigem Blick im Krankensaal herum. Er antwortet auf die Fragen, erkennt die Stunde auf der Uhr.

Bisher hat er kein Frühstück bekommen.

P = 52.

Die Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall.

Ein derartiger Zustand hat ohne jede Veränderung bis $1^1/_2$ nachmittags angedauert; dann kehrte der Patient auf einmal plötzlich zum Bewußtsein zurück, forderte Essen — und war den ganzen Tag wieder völlig normal.

Am Abend hat er kein Abendbrot bekommen.

5. III. Heute um 9 Uhr 45 Minuten früh fand man den Patienten noch schlafend.

Um 11 Uhr 10 Minuten erwachte der Patient, öffnete die Augen, blickte starr und abwesend herum, nach einigen Minuten jedoch schloß er die Augen wieder und schlief ein.

Um $11^1/_2$ erwachte er abermals mit demselben verwirrten Gesichtsausdruck, fing an zu gähnen, wälzte sich auf dem Bett, schloß die Augen zu, schlief jedoch nicht ein, dann machte er wieder die Augen auf. Während einer halben Stunde wiederholte sich dies mehrmals. Der Patient erkannte in diesem Zustand den Arzt, erkannte jedoch absolut keine Gegenstände und antwortete auf keine Fragen. Auf leichtere Stiche reagierte er nicht, bei stärkeren stieß er die stechende Hand ab.

Heute versuchte man den Patienten in absoluter Ruhe zu lassen, um sich zu überzeugen, wie sich der Verlauf des Dämmerzustandes gestaltet, falls man ihn passiv nicht unterbricht.

Bis 1 Uhr nachmittags war der Zustand ohne Veränderung. Den neben ihn gestellten Teller mit Frühstück hat er nicht angerührt. Bisher hat er heute nichts gegessen.

Um 1 Uhr schlief er ein und schlief ruhig bis $2^1/_4$ Uhr. Dann wachte er auf, blickte abwesend herum, lag auf dem Bett und führte verschiedenartige bizarre Bewegungen aus, wälzte sich unruhig auf dem Bett, pfiff, heulte, murmelte fortwährend.

Um $3^1/_4$ Uhr stand er auf, fing an im Krankensaal herumzulaufen, legte sich in Betten, in welchen andere Patienten schliefen, weckte sie auf, schlug mit dem Kopfe gegen die Wand, tanzte im Saal, pfiff, schlug mit der Faust an die Tür, schlug mit der Hand auf den Kopf. Dann stürzte er heftig auf dem Boden zusammen, lag auf dem Boden zirka eine Viertelstunde, wälzte sich in verschiedenen Richtungen, schrie laut, schlug mit den Händen auf den Fußboden, schnalzte mit der Zunge. Nachher stand er wieder auf, lief hin und her, turnte, sang laut, heulte wild, was zirka 20 Minuten andauerte, dann warf er sich wieder auf den Boden, lag $^1/_2$ Stunde, heulte, murmelte, drehte die Augen, knirschte mit den Zähnen, wälzte sich auf dem Fußboden, um dann wieder 10 Minuten ganz ruhig zu liegen. Später stand er auf, legte sich in ein fremdes Bett hin und begann laut zu sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbst zu sprechen. Nach 10 Minuten ist er wieder aufgestanden, legte sich in das eigene Bett hin und schlief ein.

P = 48.

Um $5^1/_2$ Uhr nachmittags wachte er auf, hat Kaffee getrunken und Semmel gegessen, doch lag er weiter im Bette mit stark hyperämischen Conjunctiven, knirschte mit den Zähnen, ballte die Fäuste zusammen.

Um $6^1/_2$ Uhr stand er vollständig besonnen auf, hat Abendbrot gegessen. War vollkommen klar und normal.

6. III. Heute früh erwachte der Patient um 8 Uhr früh vollkommen klar. Absolute Amnesie bezüglich des gestrigen Tages bis zu 6 Uhr nachmittags.

Er hat wieder kein Abendbrot bekommen.

7. III. Heute um 9 Uhr früh fand man den Patienten in einem tiefen Schlaf. Der Schlaf war derartig tief, daß es nicht gelang, den Patienten sogar mit stärksten Stichen und heftigstem Schütteln des Kopfes und des Oberkörpers aufzuwecken.

Um 10 Uhr 10 Minuten wachte er spontan auf, öffnete die Augen und blickte abwesend herum. Das Gesicht war livid, die Conjunctiven hyperämisch. Der Patient war absolut außer Sinnen, er erkannte nicht den Arzt, antwortete auf keine Fragen.

Während der nachfolgenden 50 Minuten lag er mit aufgemachten Augen und starrem Blick, oder schloß fest die Lider zu, ohne jedoch einzuschlafen. Er lag entweder in seiner stereotypen Lage auf dem Rücken mit den Händen unter dem Kopf oder zusammengeknickt, oder wälzte sich unruhig auf dem Bette.

Um 11 Uhr versuchte man den Patienten mit heftigen Reizen aus seinem Zustand herauszuführen. Auf sehr starke Nadelstiche reagierte er damals mit Murmeln, Seufzen, Stöhnen und Abstoßen der stechenden Hand; dann setzte er sich auf dem Bett, machte die Lidspalten weit auf, begann zu pfeifen, winkte mit dem Kopf mit einem blöden Gesichtsausdruck, fixierte den Arzt mit Staunen und mit Empörung, um sich kurz danach wieder hinzulegen. Nach einem Stich in die Ferse stieß er die stechende Hand mit beiden Füßen ab und führte eine ganze Reihe äußerst schneller rhythmischer Bewegungen mit den Unterschenkeln und Füßen aus, die unteren Extremitäten waren dabei in den Hüftgelenken unter geradem Winkel flektiert und fast senkrecht nach oben aufgehoben. Außerdem war ein rhythmisches Zittern in der Muskulatur des Halses und in den Muskeln des rechten Oberarmes und Unterarmes sichtbar. Versuchte man passiv den Patienten auf den Fußboden zu stellen, so knickte er entweder zusammen oder versuchte auf den Boden zusammenzustürzen oder setzte sich auf den Stuhl hin, und zwar saß er in der Weise, daß er bloß den äußersten Rand des Stuhles besetzte, während der ganze Oberkörper nach vorne herübergeneigt war, das Gesicht fast den Fußboden berührte und die ausgestreckte Hand sich auf den Boden stützte; in dieser äußerst schwierigen und unbequemen Lage verharrte er eine längere Zeit. Versuchte man ihn aus dieser Lage herauszuführen, so stürzte er sich heftig auf den Boden, schlug mit dem Kopf auf den Fußboden und stellte sich auf den Kopf mit den Füßen nach oben. Nach einer Minute stand er plötzlich wieder auf und begann mit kleinen Schritten mit den Füßen zu trappeln in einer Weise und in einem Tempo, wie dies kleine Kinder während ihrer Spiele tun; dann legte er sich wieder ins Bett.

Um 1 Uhr war der Zustand ohne Veränderung. Um diese Zeit wurde der stärkste faradische Strom appliziert, ohne jedoch den Patienten aus dem Dämmerzustand aufwecken zu können. Das Gesicht wurde livid, es stellte sich ein reichlicher Speichelfluß ein. Dann wurde der Patient heftig erregt, er schlug mit den Händen und Füßen um sich herum, sprang aus dem Bett, begann schnell in dem Krankensaal zu laufen, sank auf das Bett eines anderen Patienten, wobei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er seinen Teller und die Flasche mit der Medizin zerbrach. Nach kurzer Zeit wurde er ruhiger, stand aus dem Bett auf, begann in dem Krankensaal zu tanzen, machte verschiedene cancanartige Bewegungen mit den Füßen, beugte den Oberkörper in verschiedenen Richtungen, wobei bizarre clownisch-akrobatische Positionen entstanden, führte mit den Händen rhythmische und groteske Bewegungen aus.

Dann versuchte man dem Patienten Kaffee mit erweichter Semmel zu geben; man schob ihm die Nahrung mit Gewalt in den Mund; ein Teil wurde geschluckt, ein Teil ausgespien. Doch hat er alles in allem zirka $^3/_4$ Glas Kaffee getrunken und etwas Semmel gegessen.

Im Verlaufe der nachfolgenden 10 Minuten begann der Patient langsam zum Bewußtsein zu kommen, nach 15 Minuten (1 Uhr 15 Min.) war er bereits vollständig normal.

Die Untersuchung unmittelbar danach stellte eine absolute Amnesie bezüglich der ganzen vorangehenden Periode am Morgen fest.

Heute hat er Mittag- und Abendbrot bekommen.

8. III. Gestern war der Patient den ganzen Tag normal.

Heute erwachte er vollkommen normal.

Hat kein Frühstück bekommen.

Um 4 Uhr hat er Mittag gegessen. Vorher war sein Benehmen normal.

Abendbrot hat er normal gegessen.

9. III. Heute erwachte der Patient um 5 Uhr früh, war bei Sinnen und benahm sich den ganzen Tag vollkommen normal.

10. III. Heute erwachte der Patient um $7^1/_2$ Uhr früh bei klarem Bewußtsein.

Er bekam zu essen wie gewöhnlich.

11. III. Heute erwachte er um 8 Uhr. Benehmen und Bewußtsein normal.

17. III. Während der letzten Tage bekam der Patient das Essen (speziell das Abendbrot) um die gewöhnliche Zeit und erwachte am Morgen normal und war unmittelbar nach dem Erwachen bei klarem Bewußtsein.

Gestern sagte man ihm, daß er bald nach Hause ausgeschrieben werde. Er verfiel darauf in Verzweiflung und erklärte, daß er entweder im Krankenhaus geheilt oder sich das Leben nehmen werde. Am selben Tage (gestern) wollte er kein Abendbrot essen und legte sich zu Bett um $12^1/_2$ Uhr nachts ohne zu essen. Er schlief ununterbrochen die ganze Nacht hindurch.

Heute um 9 Uhr früh fand man den Patienten in einem tiefen Schlaf. Er erwachte um $11^1/_4$ und blickte mit seinem üblichen starren Blicke herum, erkannte niemanden, antwortete auf keine Fragen; die einzige Reaktion waren die Abwehrbewegungen bei Nadelstichen. Er lag so eine halbe Stunde, wälzte sich unruhig auf dem Bett, pfiff, schlug mit den Händen.

Versuchte man ihm dann zu essen zu geben, so stieß er das Essen mit der Hand zurück. Dann machte er die Augen zu und schlief zirka $^3/_4$ Stunde.

Um 1 Uhr hat man ihn geweckt und passiv auf den Boden gestellt, der Patient ging dann von selbst, doch war der Gang schwer und unsicher. Dann legte er sich zu Bett und schlief eine halbe Stunde. Danach erwachte er spontan, stand auf, hat Frühstück gegessen und war absolut bei Sinnen.

P = 52.

18. III. Heute erwachte der Patient vollkommen normal.

20. III. Gestern hat er kein Abendbrot gegessen. Er legte sich schlafen um Mitternacht und schlief tief ununterbrochen bis heute 1 Uhr nachmittags. Keine stärksten Reize vermochten ihn aufzuwecken. Er erwachte um 1 Uhr, öffnete die Augen und lag bewußtlos bis 4 Uhr, er erkannte niemanden und reagierte auf keine Fragen. Er wälzte sich unruhig im Bett, schlug mit den Händen auf die Decke, ballte die Fäuste zusammen, knirschte mit den Zähnen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um 4 Uhr stand er auf, begann in dem Saal herumzulaufen, pfiff, tanzte, legte sich in fremde Betten hin, dann stürzte er heftig auf dem Boden zusammen und lag zirka $^3/_4$ Stunde hindurch, schlug mit den Fäusten gegen den Fußboden, wälzte sich in verschiedenen Richtungen herum. Dann stand er auf und legte sich in sein eigenes Bett hin, wo er zirka $^1/_4$ Stunde ruhig lag. Nachher hat man ihm zu essen gegeben, wonach er 20 Minuten ruhig lag. Dann stand er auf, hat sich angezogen und war vollkommen normal.

P = 48.

Nach dem Erwachen hatte der Patient die Augen voll Tränen, er zitterte am ganzen Körper wie im Fieber.

21. III. Die ganze vorige Nacht hat der Patient nicht geschlafen. Heute war das Benehmen normal. Absolute Amnesie bezüglich des gestrigen Anfalls.

27. III. Keine Anfälle und normales Erwachen während der letzten Tage.

Seit 3 Tagen versuchte man den Patienten zu hypnotisieren, es gelang jedoch nicht, ihn in den Schlaf zu versetzen.

Heute während der hypnotischen Seance, während welcher man einen oberflächlichen Halbschlaf erzielt hat, hat man dem Patienten suggeriert, daß er morgen früh, trotzdem er heute das Abendbrot erhalten wird, einen Anfall haben wird.

28. III. Heute nacht schlief er gut, doch war der Schlaf sehr oberflächlich, er erwachte mehrmals. Er erwachte heute spontan um 9 Uhr früh, machte die Augen auf, war schläfrig, $1^1/_2$ Stunden hindurch war er bewußtlos und reagierte bloß auf starke mechanische Reize. Um $1^1/_2$ begann er auf einige Fragen zu antworten, nannte seinen Namen, erkannte einige Gegenstände: eine Figur vom Pferd, vom Hahn, eine Flasche, ein Taschenmesser. Auf die Frage, wer ist der Arzt, die Pflegerin usw. antwortete er längere Zeit hindurch „Taschenmesser", was einen Eindruck von Ganserschem Symptom machte, jedoch mit perseveratorischen Erscheinungen in Zusammenhang sein konnte. Noch nach einer halben Stunde perseverierte er das Wort „Taschenmesser" bei verschiedenen Fragen.

Um 11 Uhr löste er die einfachen arithmetischen Aufgaben:

$$2 \times 2 = 4,$$
$$2 \times 4 = 8,$$
$$2 \times 8 = 16,$$
$$2 \times 16 = 32,$$
$$23 - 5 = 15.$$

Subtrahieren und dividieren gelang ihm jedoch sogar bei einfachsten Aufgaben nicht.

Jedoch auch in diesem Stadium war er noch stark benommen, erkannte weder den Arzt noch die Umgebung, ebensowenig sein Bett, den Krankensaal, konnte weder lesen noch das Datum angeben usw.

Stellte man ihn passiv auf den Boden, so machte er keine Versuche zu gehen. Drohte man ihm mit Stechen, so lief er mit kindischem Lächeln in den Korridor hinaus.

Um $11^1/_2$ lehnte er sich an die Wand, blies die Lippen auf, zeigte die Spitze der Zunge und begann zu pfeifen mit einem clownartigen Gesichtsausdruck, was bei seiner charakteristischen Physiognomie, großer abgeplatteter Nase, dicken wulstigen Lippen und schwarzen krausigen Haaren an die Produktionen eines Negers im Tingeltangel erinnerte.

Seit dieser Zeit reagierte er auf sämtliche Fragen mit blödem Lächeln und stereotypem: „Ich weiß nicht." Auf Befehl zeigte er jedoch die Zunge, hob die Arme auf, legte sich ins Bett hin usw.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um 1 Uhr hat er zu Mittag gegessen, doch verharrte er in demselben Dämmerzustande. Dazu legte er sich ins Bett hin, lag einige Zeit mit geschlossenen Augen, später stand er auf und war bei klarem Bewußtsein.

29. III. Absolute Amnesie bezüglich des gestrigen Dämmerzustandes.

Heute ist der Geisteszustand absolut normal.

31. III. Heute hat der Patient das Abendbrot um $8^1/_2$ Uhr gegessen, um 10 Uhr legte er sich schlafen, und bald schlief er mit tiefem Schlaf ein. Um 9 Uhr früh wachte er auf, reichte der Pflegerin die Hand, setzte sich auf das Bett, kurz danach aber legte er sich wieder hin und schlief wiederum ein. Der Schlaf war derartig tief, daß man ihn nicht erwecken konnte.

Um 11 Uhr wachte er wieder auf, war total bewußtlos, erkannte niemanden, reagierte bloß auf heftige äußere Reize (Stechen, Schütteln usw.), antwortete auf keine Fragen. Dann stand er auf und ging in dem Krankensaal herum, legte sich auf den Fußboden hin, wälzte sich in verschiedenen Richtungen, stöhnte, preßte die Finger zusammen; es bestand ein reichlicher Speichelfluß. Dies dauerte bis $2^1/_2$ Uhr nachmittags, dann legte er sich ins Bett — und nach 20 Minuten war er bei vollständig klarem Bewußtsein.

Nachträgliche Amnesie.

Es ist zu bemerken, daß gestern in Anwesenheit des Patienten die Ärzte laut die Angelegenheit seiner Entlassung nach Hause besprachen.

1. IV. Heute ist der Geisteszustand vollkommen normal. Absolute Amnesie bezüglich des gestrigen Dämmerzustandes.

Heute wurde der Patient in der Warschauer Psychologischen Gesellschaft demonstriert.

3. IV. Heute morgen fand man den Patienten noch im Schlaf. Nach heftigem Schütteln gelang es, ihn aufzuwecken. Nach dem Erwachen war er benommen, antwortete jedoch auf einige Fragen (Name, Datum), erkannte den Arzt und einige Gegenstände, ging im Krankensaal mit gesenktem Kopf herum.

Auf stärkere Stiche reagierte er mit Murmeln, Schreien usw.

Sonst war er ruhig und wies keine motorischen Automatismen auf.

Um $11^1/_2$ Uhr war er bereits vollkommen klar.

Der letzte Anfall gehörte zu den sehr leichten.

Gestern hat er Abendbrot gegessen.

An demselben Tage wurde der Patient nach Hause entlassen.

Wenn wir jetzt den Fall zusammenfassen, so betrifft er einen 28jährigen Patienten, welcher seinen Angaben nach seit 2 Jahren am Morgen nicht erwachen kann; weckt man ihn mit Gewalt auf, so bleibt er einige Stunden bewußtlos und nachher, nachdem er zu Sinnen gekommen ist, weiß er nicht mehr, was mit ihm während dieser Stunden vorgekommen war. Oder der Patient erwacht spontan und bleibt einige Stunden in halbbewußtem Zustande; nachträglich bleibt eine absolute Amnesie bestehen. Nach den Angaben des Patienten stellt sich der Anfall regelmäßig ein, falls man ihm am Abend vorher kein Abendbrot gibt; ebenfalls kann die Dauer des Anfalles verkürzt werden, falls man ihm im Verlaufe desselben Essen gibt. Die Anfälle wiederholten sich anfänglich einmal monatlich, später 3—4 mal monatlich, vor einem Jahre traten sie sogar jeden Tag auf, seit einigen Monaten 1—2 mal wöchentlich. Dem ersten Anfall soll eine gemütliche Erregung vorausgegangen

Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

sein. Die mehrwöchige Beobachtung im Krankenhaus konnte die Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben bestätigen, und zwar konnte man leichtere und schwerere Anfälle unterscheiden. Auf das Auftreten der einen und anderen Kategorie war ohne jeden Einfluß die Tatsache, ob der Patient spontan aufwachte oder ob er mit Gewalt geweckt wurde. In diesem letzteren Fall war manchmal die Schlaftiefe derartig groß, daß man den Patienten sogar mit stärksten mechanischen, akustischen und schmerzhaften Reizen aufzuwecken nicht imstande war. Dieser Erscheinung entsprach die Tatsache, daß der Patient niemals Träume gehabt hatte. Während der leichteren Anfälle öffnete der Patient nach dem Erwachen die Augen, blickte schläfrig um sich herum, reagierte bloß nach einigen Minuten auf stärkere Reize, antwortete auf die Fragen, erkannte den Arzt erst nach 15—20 Minuten, doch war er noch vollständig desorientiert. Ein derartiger Zustand konnte bei Bradykardie (52) und erhaltener Lichtreaktion der Pupillen 2—4 Stunden andauern. Nach Klärung des Bewußtseins blieb eine mehr oder weniger komplette Amnesie bezüglich des durchgemachten Zustandes bestehen. Die schwereren Anfälle dauerten meistenteils länger (8 Stunden); nach dem Erwachen war der Patient absolut bewußtlos, einige Stunden hindurch reagierte er sogar nicht auf heftigste Reize (stärkste faradische Ströme), antwortete nicht auf die Fragen, erkannte nicht seine Umgebung. Bezüglich dieser Anfälle bestand immer eine absolute Amnesie. Diese Anfälle wurden durch eine Reihe von Symptomen begleitet, welche ein gewisses Licht auf die Pathogenese dieser Zustände werfen: der Patient pflegte nämlich in solchen bewußtlosen oder halbbewußten Zuständen die bizarrsten Positionen anzunehmen, lag zusammengekrümmt, legte sich quer über das Bett, stand förmlich auf dem Kopf und auf den Händen mit den Füßen nach oben, führte rhythmische Bewegungen mit den Oberarmen aus, welche an die Bewegungen der Droschkenkutscher erinnerten, wenn sich diese aus Frost erwärmen, trippelte gleich kleinen Kindern im Krankensaal herum, pfiff, sang mit kindlicher Stimme und Manieren, wälzte sich auf dem Fußboden, schnitt verschiedene clownartige Grimassen, machte Bewegungen und Sprünge, legte sich in fremde Betten usw. Im Krankenhaus konnte man während einer Woche mit absoluter Sicherheit experimentell feststellen, daß die Anfälle in leichterer und schwerer Form regelmäßig auftreten, falls man dem Patienten am vorausgehenden Abend kein Abendbrot gab.

Die leichteren Anfälle verliefen entweder ausschließlich mit Bewußtseinstrübung oder in Verbindung mit geringer psychomotorischer Erregung. Was die schwereren Anfälle anbetrifft, so wurden sie am häufigsten von den erwähnten komplizierten Bewegungsautomatismen begleitet; seltener dagegen pflegten sich die Zustände absoluter Be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wußtseinstrübung mit unkomplizierten Bewegungsautomatismen in Verbindung mit kataleptischen Phänomenen zu vergesellschaften.

Auf das Auftreten und die Gestaltung der Anfälle hatte, wie gesagt, keinen Einfluß die Tatsache, ob der Patient spontan aufwachte oder ob man ihn mit Gewalt aufzuwecken versuchte. Was die Reaktion des Patienten auf äußere Reize anbetrifft, so gestaltete sich dieselbe anders bei leichteren und anders bei schwereren Anfällen, anders während des Schlafes und anders im Stadium absoluter Bewußtlosigkeit nach dem Erwachen. Im Schlaf während der leichteren Anfälle genügte zuweilen das Aufheben der Bettdecke von dem Kopfe, mit welcher der Patient bis zur Kopfspitze eingewickelt zu sein pflegte, um das momentane Erwachen zu erzeugen (im Zustande einer mehr oder weniger kompletten Benommenheit). Die Reaktion auf die äußeren Reize während der leichteren Anfälle gestaltete sich dermaßen, daß man z. B. bei leichteren Stichen keine Abwehrbewegungen sah, dagegen bei stärkeren Stichen machte der Patient verschiedene Grimassen des Gesichts, stieß die stechende Hand zurück, verfiel jedoch unmittelbar nach dem Aufhören des Reizes in den vorherigen Zustand. Bei den schwereren Anfällen reagierte der Patient zunächst auf starkes Schütteln des Oberkörpers, Stiche und den faradischen Strom mit Murmeln und Stöhnen, dann stellten sich als Reaktion rhythmische Bewegungen der oberen und besonders der unteren Extremitäten (Flexion und Extension der Unterschenkel und der Füße ein), Pfeifen, clownartige Grimassen des Gesichts, schließlich die erwähnten grotesken Körperpositionen und komplizierte Bewegungsautomatismen. Die Applikation der starken faradischen Ströme auf den Kopf und auf das Gesicht erzeugte eine livide Verfärbung des Gesichts, starken Speichelfluß und heftige psychomotorische Erregung (Schlagen mit Händen und Füßen, tobsüchtiges Herumlaufen im Krankensaal, akrobatische Bewegungsautomatismen usw.).

Was die Charakteristik des psychotischen Zustandes nach dem Erwachen anbetrifft, so konnte man absolute Bewußtlosigkeit und die Zustände einer mehr oder weniger tiefen Benommenheit unterscheiden. Aus der absoluten Bewußtlosigkeit konnten, wie gesagt, den Patienten die stärksten Reize nicht aufwecken. In dem Stadium tiefer Benommenheit pflegte der Patient auf die Fragen nicht zu antworten, schloß nur die Augen, als ob er weiter schlafen wollte, auf wiederholte Fragen machte er die Augen auf, der Blick war schläfrig und starr. Wurde die Bewußtseinstrübung weniger tief, so reagierte der Patient zunächst auf die Fragen in der Weise, daß er stereotyp die an ihn gerichteten Fragen wiederholte; erst später reagierte er in der Form von Antworten, welche jedoch immer negativistisch klangen („ich weiß nicht"). Erst nach Verlauf einiger Zeit (25—40 Minuten) begann er auf die Fragen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehr oder weniger richtige Antworten zu geben, erkannte einige Personen aus seiner nächsten Umgebung und einige vorgezeigte Gegenstände, konnte seinen Namen nennen. Die Beurteilung der agnostischen Symptome in diesem Stadium war ziemlich schwierig. Einige von den falschen Atworten des Patienten beim Vorzeigen der Gegenstände und der Figuren machten den Eindruck des Ganserschen Symptomes; es konnten hier jedoch auch die perseveratorischen Erscheinungen im Spiele sein. In einigen im Krankenhaus beobachteten Dämmerzuständen erzielte man jedoch bedeutend schlimmere Resultate: zahlreiche vorgezeigte Gegenstände wurden überhaupt nicht, die anderen falsch erkannt.

Die höheren psychischen Funktionen (assoziative Fähigkeit, Urteilsfähigkeit) waren damals verhältnismäßig besser erhalten als die apperzeptiven Prozesse. Sogar bei demjenigen Grade der Bewußtseinstrübung, als der Patient sein Bett nicht erkannte, kein Wort lesen konnte, die Stunde auf der Uhr nicht abzulesen vermochte usw., machte er ziemlich gut einige unkomplizierte Rechnungen, erklärte den Unterschied zwischen verschiedenen Gegenständen usw.

Was die Gestaltung der Kurve der Tiefe der Bewußtseinstrübung anbetrifft, so verlief dieselbe in fast allen Anfällen, leichteren wie schwereren, ziemlich stereotyp. Nach dem anfänglichen Stadium der absoluten Bewußtlosigkeit, welche nur einige Minuten bis $1^1/_2$ Stunden dauerte, pflegte sich eine mehr oder weniger tiefe Benommenheit einzustellen, in welcher jedoch ein gewisser Kontakt mit dem Patienten möglich war. Nach dieser ersten Senkung hielt sich die Kurve gewöhnlich auf einer Höhe mit sehr geringen Schwankungen nach oben und unten; dieses Stadium wurde durch negativistische Symptome oder durch abermaliges Einschlafen kompliziert. Die Zurückbildung der Benommenheit stellte sich jedoch immer plötzlich und rasch ein; sie konnte manchmal durch die Darreichung von Speisen beschleunigt werden. Vorwiegend aber trat sie nach einigen Stunden spontan auf; der Patient pflegte dann seinen starren Gesichtsausdruck oder sein blödes, kindisches, manchmal clownartiges Lächeln zu verlieren, stand auf, kehrte zum Bewußtsein zurück, begann sich normal zu unterhalten, verlangte Essen, benahm sich korrekt und wies absolute Amnesie bezüglich der ganzen Periode der Benommenheit auf.

Nach dem Anfall fühlte sich der Patient meistenteils gut und schlief die nachfolgende Nacht ruhig und ohne Unterbrechungen. Es wurden jedoch einige Anfälle beobachtet, nach welchen die Nacht entweder schlaflos verlief oder der Schlaf war oberflächlich und der Patient wachte mehrmals auf.

Von den Symptomen somatischer Natur, welche während einzelner Anfälle beobachtet wurden, ist die Cyanose des Gesichts, Rötung der Conjunctiven nach dem Erwachen, Speichelfluß spontan oder nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

starken schmerzlosen Reizen (faradischer Strom), rhythmisches Zittern der Muskulatur des Halses, der Oberarme und Arme nach der Abwehrreaktion auf schmerzliche Reize zu erwähnen. Während eines Anfalls unmittelbar nach dem Erwachen zitterte der Patient wie im Fieber und hatte die Augen voll Tränen. Niemals wurde während des Anfalls Schaum vor dem Munde, Zungenbiß, unwillkürliche Kot- oder Urinabgabe oder Krämpfe beobachtet.

Aus langdauernder klinischer Beobachtung geht hervor, daß auf das Auftreten des erschwerten Aufwachens und auf den Verlauf und die Intensität der Benommenheit nach dem Aufwachen einen entscheidenden Einfluß drei exogene Faktoren ausübten: 1. Darreichung oder Nichtdarreichung der Speisen am vorausgehenden Abend, 2. Versetzen des Patienten in den Zustand eines negativ verfärbten Affektes und 3. die hypnotische Suggestion. Es wurde mehrmals in der Krankheitsgeschichte hervorgehoben, daß die Darreichung von Speisen in dem Stadium der Benommenheit, falls der Patient dieselben negativistisch nicht zurückschob, manchmal die momentane Abbrechung des Dämmerzustandes zur Folge hatte. Man konnte auch feststellen, daß der Anfall am Morgen sich fast immer dann einstellte, wenn das Abendbrot am vorausgehenden Abend aus irgendwelchem Grunde ausblieb. Ich möchte mir eine nähere Auseinandersetzung ersparen, daß hier nicht der physiologische Prozeß des Essens oder Nichtessens des Frühstücks oder des Abendbrotes als solcher wirken konnte, sondern gewisse psychotische beziehungsweise affektive Zustände, mit welchen sich dieser Prozeß unbekannterweise assoziierte. Daß dies wirklich der Fall ist, das beweist z. B. eine Beobachtung: als man dem Patienten erklärte, daß er nach Hause entlassen werde, verfiel er in Verzweiflung und sagte, daß er entweder im Krankenhaus bleiben und geheilt werde oder sich das Leben nehmen werde; an demselben Abend wollte er kein Abendbrot essen, legte sich um Mitternacht hin und schlief ununterbrochen die ganze Nacht durch — und am folgenden Morgen hat er einen seiner typischen Anfälle gehabt. Am anderen Tag hatte er einen schweren Anfall, obwohl er am Abend vorher Abendbrot gegessen hatte, doch sprachen an diesem Tage die Ärzte in seiner Anwesenheit über seine Entlassung. Eine ähnliche Wirkung hatte die Suggestion ohne die Einführung des Patienten in den Zustand des negativ verfärbten Affektes. So z. B. suggerierte man dem Patienten während einer der hypnotischen Séancen, daß er am folgenden Morgen einen Anfall haben werde, obwohl er am Abend Essen bekomme, was sich tatsächlich verwirklicht hat. Es ist zu bemerken, daß es während mehrerer hypnotischer Séancen den Patienten bloß in einen oberflächlichen Schlaf zu versetzen gelang, und daß die hypnotische Behandlung ohne jede günstige Wirkung auf den Krankheitsverlauf war.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bevor ich zu der Begründung der Diagnose des psychotischen Zustandes in den beiden Fällen übergehe, möchte ich zuerst die zwei kardinalsten Hauptzüge des eigentümlichen klinischen Bildes hervorheben, und zwar: 1. die ungewöhnliche Schlaftiefe und 2. die Bewußtseinsstörungen nach dem Erwachen.

Auf die ungewöhnliche Schlaftiefe weist die Tatsache hin, daß die stärksten mechanischen, Klang- und Schmerzreize unseren Patienten häufig nicht aufzuwecken vermochten. Es ist hervorzuheben, daß diese enorme Schlaftiefe bloß die Tage betraf, an welchen sich der Anfall entwickelte, obwohl dafür, daß der zweite Patient sich überhaupt durch große Schlaftiefe auszeichnete, auch die Tatsache sprechen könnte, daß er überhaupt niemals Träume gehabt hatte, welche nach den Beobachtungen von Heerwagen bedeutend häufiger beim oberflächlichen als beim tiefen Schlaf vorkommen. Wie gesagt, war die Applizierung jener starken und stärksten Reize meistenteils ohne jeglichen Einfluß weder auf die Schlaftiefe noch auf die Zeit, in welcher der Patient nachträglich spontan erwachte, es fand hier also keine Anwendung des von Kohlschütter festgesetzten Gesetzes statt, nach welchem starke Reize, welche nahe der sog. „Erwachungsschwelle" stehen und unbewußte Reaktionen hervorrufen, als unmittelbare Folge eine Vertiefung des Schlafes haben, so daß der nachfolgende, bedeutend stärkere Reiz, welcher vorher zum Aufwecken genügt hätte, jetzt bereits erfolglos bleibt. Es ist hervorzuheben, daß der Schlaf in dem zweiten Fall in der Nacht und am Morgen im Stadium unmittelbar vor dem „pathologischen Erwachen" anscheinend ganz und gar dem Schlafe in den anfallsfreien Perioden glich. Die langdauernde, minuziöse Beobachtung konnte niemals irgendwelches Symptom eruieren (Krampfanfälle, Hyperkinesien, Bewegungsautomatismen, Unruhe, Schaum vor dem Munde, Zungenbiß, unwillkürliche Kot- und Urinabgabe, Spannung der Muskulatur, Störungen der Lichtreaktion der Pupillen, Herumtreiben im Krankensaal, Lachen oder Weinen, Abweichungen im Verhalten der Sehnenreflexe, Babinskisches Symptom usw.), welches den Schlaf unserer Patienten während der Nacht und am Morgen von dem gewöhnlichen Schlafe unterscheiden könnte; allem Anschein nach war das nur ein physiologischer, obwohl außerordentlich tiefer Schlaf.

Noch eigentümlicher jedoch als die Schlaftiefe war das Verhalten unserer Patienten nach dem Erwachen. Wie bekannt, ist in normalen Verhältnissen unmittelbar nach dem spontanen Erwachen oder nach dem Aufwecken durch äußere Reize unser Bewußtsein zu einer derartigen Leistungsfähigkeit der assoziativen Prozesse bereit, welche uns sofort eine präzise auto-, allo- und somatopsychische Orientierung ermöglichen. Unsere Sinnesorgane sowie der ganze muskulär-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

motorische Apparat sind außerordentlich rasch zu den zweckmäßigen und koordinierten Lebensfunktionen fähig. Es kommen zwar auch in dieser Richtung einige individuelle Schwankungen vor, doch sind dieselben bei vollständig gesunden Individuen sehr geringfügig. Der Zustand des sog. „Verschlafens" nach dem Erwachen übersteigt nach den Erfahrungen der Physiologen selten die Perioden von mehreren Sekunden, und er kann sogar in den seltenen Fällen, wo er etwas protrahierter ist, mit Leichtigkeit durch geringste äußere Reize oder durch willkürliche Spannung der Aufmerksamkeit unterbrochen werden.

Anders bei einigen neuropathischen Individuen, bei stark hereditär belasteten Degenerierten und Psychopathen und besonders bei Epileptikern. Bei derartigen Individuen wird die Periode zwischen dem Schlafe und zwischen absoluter Klarheit der Sinne nach dem Erwachen manchmal durch anormale psychotische Zustände ausgefüllt, welche anscheinlich an die bei unseren Patienten beobachteten Symptome erinnern und mit welchen wir dieselben differenzieren müssen.

Einer dieser Zustände ist die sog. „Schlaftrunkenheit". Dies ist der Zustand einer allmählichen Lichtung des Bewußtseins nach dem Erwachen, welchen Leman als Halbschlaf und Halbwirklichkeit bezeichnet, ein Zustand, in welchem die aufgewachten Individuen noch mit dem Nebel der Schlafträume umgeben sind. Nach Gudden ist das charakteristischste Merkmal dieses Zustandes die Verschiebung der Reihenfolge des Zurückkehrens des Bewußtseins und der aktiven Leistungsfähigkeit, welche sich früher wiedereinstellt als die komplette Klarheit des Bewußtseins. Es ist nach Krafft-Ebing der Zustand einer gewissen psychischen Verwirrtheit, welche durch Assoziation von fortdauernden Schlafträumen, Sinnestäuschungen und falschen Apperzeptionen auf Grund von Bewußtseinstrübung bedingt ist. Da aber jene unerlöschten Schlafträume und die sie begleitenden Affektzustände meistenteils ängstlicher, gespenstischer und quälender Natur sind (Gespenster, Mörder usw.) und da das motorische Gebiet in diesem Stadium bereits normal funktionieren kann, so kann es hier zu den heftigsten psychomotorischen Reaktionen kommen (Morden, Gewalttaten), deren eine ganze Reihe Gudden in seiner Arbeit zusammengestellt hat. Daraus resultiert auch die außerordentlich große forensische Bedeutung dieser Zustände, was bereits von den Forschern des 18. Jahrhunderts (Meister) hervorgehoben worden ist.

In dieser Charakteristik kann man einige Züge erblicken, welche an unsere Fälle erinnern, und zwar 1. langsames Zurückkehren des Bewußtseins nach dem Erwachen und 2. gewisse komplizierte psychomotorische Akte. Man muß jedoch die außerordentliche Schlaftiefe hervorheben, welche bei den Zuständen der sog. „Schlaftrunkenheit" nicht vorkommt, dann die allmähliche und langsame Lichtung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bewußtseins bei dieser letzteren Form, während in unseren Fällen die Benommenheit einige Stunden hindurch ohne Veränderungen andauerte, um sich dann ganz plötzlich zurückzubilden. Jedoch konnten, was am wichtigsten erscheint, die psychomotorischen Automatismen unserer Patienten in dem Zustand der Benommenheit nicht als Reaktion der Schlafträume und der sie begleitenden Affekte betrachtet werden, da erstens unsere Patienten überhaupt niemals geträumt hatten, und zweitens trugen diese motorischen Akte überhaupt keinen koordinierten Charakter oder den Typus einer Abwehrhandlung, sondern bildeten groteske Bewegungsautomatismen, welche einige spezifische Züge aufwiesen. Ich erinnere schließlich, daß in einer ganzen Reihe der Anfälle bei unseren Patienten ausschließlich Zustände der Benommenheit nach dem Erwachen ohne jegliche Bewegungsautomatismen beobachtet wurden, was grundsätzlich der Konzeption der „Schlaftrunkenheit" widerspricht.

Eine andere Art von Störungen des Erwachens wurde von Pfister als „dissoziiertes psychomotorisches Erwachen" beschrieben: Solche Patienten erreichen bereits im Momente des Aufwachens eine komplette Klarheit des Bewußtseins und der Orientierung, dagegen können sie eine gewisse Zeit über ihr psychomotorisches Gebiet nicht verfügen, sie können, wie bei motorischer Aphasie, kein einziges Wort aussprechen, sind wie paralysiert, ihre Glieder sind steif wie Holz, was sich nach kurzer Zeit zurückbildet. Diesen Zustand, welcher gewissermaßen als Negativ der „Schlaftrunkenheit" zu betrachten ist, wo die motorische Leistungsfähigkeit bedeutend früher als die volle Klarheit des Bewußtseins zurückkehrt, müssen wir natürlich bei unseren Patienten ausschließen, welche in dem Zustande der Benommenheit eine Reihe von motorischen Automatismen ausführten.

Bedeutend mehr Analogie weisen unsere Fälle mit der anderen Form des pathologischen Erwachens auf, welche ebenfalls von Pfister beschrieben worden ist. Diese Form ist durch ein äußerst langsames Zurückkehren des Bewußtseins nach dem Erwachen, durch sehr träge Koordinierung der äußeren Eindrücke und der persönlichen Erinnerungen charakterisiert, was auch bei unseren Patienten der Fall war. Unsere Fälle unterscheiden sich jedoch von den Pfisterschen Beobachtungen durch folgende Hauptzüge: 1. die motorischen Automatismen bei unseren Patienten, welche in den Pfisterschen Beobachtungen fehlten; 2. die Autoobservation der Pfisterschen Patienten während der Anfälle und ihre Angaben nach den Anfällen, während in unseren Fällen regelmäßig eine Amnesie bezüglich der ganzen Periode des Dämmerzustandes zu eruieren war, 3. allmähliche und langsame Klärung des Bewußtseins in den Fällen von Pfister („stückweise, Stück für Stück"), während sich in unseren Fällen das Bewußtsein nach einigen Stunden immer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

plötzlich und rasch einstellte, und 4. schließlich kurze, kaum einige Minuten anhaltende Dauer der Anfälle in den Pfisterschen Fällen, während sich bei unseren Patienten die Anfälle bis 8 Stunden protrahieren konnten.

Noch mehr verwandt mit unseren Fällen ist die interessante Beobachtung von Pelz, einen 18jährigen jungen Mann betreffend. Der Patient hatte einen derartig tiefen Schlaf, daß es äußerst starker Reize bedurfte, um ihn aufzuwecken; nach dem Erwachen blieb eine längere oder kürzere Zeit ein Zustand des „veränderten Bewußtseins", des „Halbwachens", des „dämmerhaften Bewußtseins" bestehen. Erst nach dem Ablauf einer Stunde nach dem Erwachen pflegte das Bewußtsein zu der Norm zurückzukehren. Dieses Zurückkehren kam langsam und allmählich zustande; in dem ersten Stadium der Benommenheit bestand eine derartige Einengung der psychischen Tätigkeit, daß überhaupt von dem Bewußtsein keine Rede sein konnte, es bestanden bloß reflektorische und automatische Funktionen, welche von den subcorticalen Zentren abhängig waren, der Patient hatte einen „schläfrigen" Gesichtsausdruck, wies bloß unkomplizierte Abwehrreflexe auf unangenehme Reize auf, kleidete sich vollkommen automatisch an. Erst in der zweiten Phase der Benommenheit, als sich das Bewußtsein bereits teilweise geklärt hatte, konnte man Rudimente apperzeptiver Prozesse, willkürliche Funktionen, mimische Bewegungen des Gesichts usw. feststellen. Es bestand, was am wichtigsten ist, nach dem Anfall eine absolute Amnesie in bezug auf die erste und teilweise auf die zweite Phase der Benommenheit. Diese Störungen bestehen von der Kindheit an. Der Patient hatte immer einen äußerst tiefen Schlaf und hat niemals Träume gehabt.

Die Analogie mit unseren Fällen ist hier auffallend: die Unmöglichkeit des Aufweckens des Patienten am Morgen sogar bei Anwendung von stärksten Reizen, das Benehmen des Patienten und sein Bewußtseinszustand nach dem Erwachen, besonders in dem ersten Stadium, erinnern stark an einige Anfälle in unseren Fällen, welche ohne motorische Automatismen verliefen. Hier und da sehen wir außerdem absolutes Fehlen von Träumen und ein Symptom von kardinaler klinischer Bedeutung, nämlich die absolute Amnesie nach dem überstandenen Anfall. Es existieren jedoch auch wichtige Unterschiede. Vor allem der Verlauf der Benommenheit, welche in unseren Fällen regelmäßig plötzlich abbrach, während sich das Bewußtsein in dem Fall von Pelz langsam und allmählich klärte, dann einige psychotische Züge in dem Zustande der Benommenheit bei unseren Patienten (agnostische Störungen, Inkongruenz zwischen dem Gebiet der Auffassung und der Assoziation, Negativismus, Puerilismus usw.), welche in dem Fall von Pelz fehlten — am wichtigsten aber jene Reihe von motori-

Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

schen Automatismen bei unseren Patienten, welche der Fall von Pelz nicht aufwies und welche unseren Fällen ein charakteristisches Gepräge gaben, was noch im weiteren besprochen wird.

Es bleiben noch zwei Krankheitszustände übrig, welche mit periodisch auftretenden Benommenheitszuständen und mit nachträglicher Amnesie verlaufen können, dies ist die Epilepsie und die Hysterie. Die Epilepsie kann leicht ausgeschlossen werden auf Grund des Fehlens der Krampfanfälle oder ihrer Äquivalente, irgendwelcher Züge des epileptischen Charakters, Demenz oder emotionellen epileptischen psychotischen Krankheitsbildes, auf Grund von jenen bizarren Bewegungsautomatismen, welche bei den epileptischen Dämmerzuständen niemals zur Beobachtung kommen.

Was die Hysterie anbetrifft, so muß hier vor allem die Reihe der Zustandsbilder bei hysterischen Individuen berücksichtigt werden, welche einen Zusammenhang mit der Pathologie des Schlafes oder mit dem pathologischen Schlaf hat. Die außerordentliche Schwierigkeit und manchmal sogar absolute Unmöglichkeit, unsere Patienten aufzuwecken, konnte vor allem den Verdacht der längst im Verlaufe von Hysterie bekannten lethargischen Zustände erwecken. Obwohl Charcot und nach ihm seine Schüler (Bourneville, Regnard, Pitres, Gille de la Tourette) diese Zustände ausschließlich aus der zweiten Phase des sog. „Grand mal" ausführen, haben jedoch die Untersuchungen der späteren Autoren nachgewiesen, daß diese Zustände sich aus den Rudimenten der hysterischen Anfälle (Briquet, Richet u. a.), manchmal vollkommen unabhängig von ihnen entwickeln und manchmal sich sogar zu dem normalen Schlaf hinzugesellen und in diesen einflechten können (Löwenfeld). Diese letzte Eventualität könnte ebenfalls in unseren Fällen Anwendung finden, doch wäre dies eine auffallende und merkwürdige Tatsache, daß die Erscheinung von einer derartigen Seltenheit sich bei unseren Patienten derartig häufig und regelmäßig einstellte; außerdem sind eben diejenigen lethargischen Zustände, welche sich mit dem natürlichen Schlaf verbinden, immer sehr oberflächlich, während unsere Patienten selbst durch stärkste Reize nicht aufgeweckt werden konnten. Übrigens könnte hier von den lethargischen Zuständen in bezug auf die erste kurze Phase des Anfalls nicht die Rede sein, bevor die Patienten spontan nicht aufwachten oder bevor man sie vermittels starker Reize nicht aufzuwecken vermochte. In keinem Falle jedoch konnte diese Bezeichnung auf die wichtigste und protrahierteste Phase des Anfalls, und zwar auf den Zustand des veränderten Bewußtseins nach dem Erwachen, angewandt werden und besonders auf die zahlreichen motorischen Automatismen.

Der Reihe nach sollte man die interessanten Zustände der sog. hysterischen Narkolepsie berücksichtigen. Doch ist dies meines

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erachtens bloß eine besondere Bezeichnung für häufig auftretende und kurz dauernde lethargische Zustände. Diese Symptome, welche besonders plastisch in dem ersten meiner Fälle zutage traten, waren bereits früher eingehend besprochen.

Ich komme jetzt zu dem wichtigsten Punkte der Differentialdiagnose — nämlich zu der Zusammenstellung unserer Fälle mit den sog. somnambulischen Zuständen. Ich möchte hier jedoch bemerken, daß mit der Bezeichnung „Somnambulismus" von den verschiedenen Autoren, besonders der französischen Schule, derartig mannigfaltige klinische Symptome gestempelt worden waren, daß dies zu einer wirklichen Verwirrung der Begriffe geführt hatte. So waren als „somnambulische Zustände" beschrieben: 1. die Endsymptome des sog. „großen hysterischen Anfalles", 2. die dritte Phase der hypnotischen Zustände, 3. die Zustände von sog. „Lunatismus" und 4. schließlich die langdauernden Zustände des veränderten Bewußtseins, welche teilweise den deliriösen Bildern mit Sinnestäuschungen oder ohne dieselben entsprechen, Zustände der Verdoppelung der Persönlichkeit, des sog. „Puerilismus" usw., welche die moderne Psychiatrie mit dem Namen der „Dämmerzustände" bezeichnet. Es ist klar, daß wir die ersten zwei Kategorien a limine ausschließen können, da unsere Patienten weder hysterische Anfälle aufwiesen noch in hypnotische Zustände eingeführt worden waren.

Was den sog. „Lunatismus" („Noctambulismus", „Nachtwandeln") anbetrifft, so versteht man darunter eine Reihe koordinierter Fähigkeiten, welche sich während des Schlafes unter dem Einfluß der Schlafträume abspielen. Doch abgesehen davon, daß sich die lunatischen Phänomene meistenteils in der Nacht entwickeln, scheint mir die Tatsache bedeutend wichtiger, daß die motorischen Automatismen bei unseren Patienten niemals jenen koordinierten Charakter aufwiesen, welcher bei den Lunatikern als Ausfluß des logisch konstruierten Vorstellungskomplexes zu betrachten ist und daß sie niemals während des Schlafes, sondern erst nach dem spontanen Aufwachen oder nach passivem Aufwecken auftraten. Außerdem hatte bei unseren Patienten eben das Erwachen den Zustand des veränderten Bewußtseins zur Folge, während der aufgeweckte Lunatiker momentan eine vollkommene Bewußtlosigkeit aufweist.

Nach der Berücksichtigung aller dieser Eventualitäten kommen wir zur Überzeugung, daß die Zustände des veränderten Bewußtseins nach dem Erwachen in unseren Fällen als vorübergehende akute psychotische Störungen hysterischer Natur zu erkennen sind. Wir diagnostizieren hier hysterische Störungen trotz dem Fehlen der kardinalen Züge der Hysterie im somatischen und psychischen Gebiete in den interparoxysmalen Perioden — nämlich trotz dem Feh-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

len irgendwelcher Züge des hysterischen Charakters, der sog. somatischen Stigmata der Hysterie und der hysterischen Anfälle. Wir erkennen also die vorübergehenden psychischen Störungen in unseren Fällen als hysterische gegenüber den Forderungen von Nissl und von Kraepelin, welche die Erkennung irgendwelcher psychischer Anomalien als hysterischer nur dann für möglich halten, wenn diese aus dem sog. „hysterischen Charakter". entspringen. Nach dieser Auffassung ist die Hysterie ein angeborenes Leiden: dieses Leiden entwickelt einen derartigen spezifischen Zustand des Nervensystems, welcher sich klinisch in der Form des sog. hysterischen Charakters dokumentiert und welcher fortwährend unter dem Einfluß der emotionell verfärbten Vorstellungen vorübergehende somatische Symptome und verschiedene Formen spezifischer psychischer Störungen bedingen kann.

Aus dieser Konzeption resultieren zwei Hauptschlüsse: erstens sind wir nicht berechtigt als psychische Störungen hysterischer Natur diejenigen Symptome aufzufassen, wo die klinische Observation keinen hysterischen Charakter feststellen kann, und zweitens müssen wir nach der Feststellung des hysterischen Charakters in einem derartigen Fall alle möglichen psychotischen Symptome als hysterische diagnostizieren, obwohl ihr psychogener Ursprung noch nicht bewiesen wäre. Weder die erste noch die zweite Schlußfolgerung scheinen mir berechtigt zu sein, da sich erstens die Hysterie mit einer ganzen Reihe psychotischer Störungen ganz andersartiger Natur kombinieren kann, wie dies von Räcke nachgewiesen worden ist, und zweitens ist es keineswegs bewiesen, daß die Hysterie eine angeborene Krankheit ist, welche notwendigerweise zu der Ausbildung des sog. hysterischen Charakters führen muß. Angeboren und andauernd kann bloß die Prädisposition zur Entstehung der hysterischen Symptome sein. Aus den Untersuchungen von Ganser geht hervor, daß es bloß bei einem kleinen Bruchteil der Individuen, welche mit den außerordentlich häufigen sog. „hysterischen Stigmata" behaftet sind, zu der Entwicklung des klinischen Bildes der Hysterie kommt. Dies beweist, daß die Prädisposition zu der Hysterie sehr häufig ist und daß die Entwicklung der Hysterie auf Grund von dieser Prädisposition von den mannigfaltigsten Momenten abhängig ist. Und deswegen muß man meines Erachtens in dem Charakter des Zustandsbildes selbst diejenigen Züge aufzusuchen streben, welche uns mit genügender Sicherheit den hysterischen Charakter der vorübergehenden psychischen Störungen zu erkennen erlauben.

Bereits die Art des Auftretens der periodischen Bewußtseinsstörungen mit nachträglicher Amnesie in unseren Fällen spricht für ihre hysterische Herkunft. Nach Ganser sind die sämtlichen periodisch auftretenden Bewußtseinstrübungen mit nachträglichen Gedächtnisstörungen, falls

Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

ihre epileptische Natur auszuschließen ist, der Hysterie einzureihen. In unseren Fällen konnte die epileptische Natur dieser Störungen mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden. Außerdem waren in dem klinischen Bilde dieser Störungen psychotische Symptome festgestellt, welche für die Hysterie pathognomonisch sind, worüber noch die Rede sein wird.

Die akuten psychischen Störungen im Verlaufe der Hysterie können sich in mannigfaltiger Form gestalten. Es wurden unter anderem zahlreiche deliriöse Zustände beschrieben (Mendel, Ziehen, Battistelli, Wernicke, Giannulli, Jung u. a.), welche mit vorübergehenden Bewußtseinstrübungen und nachträglicher Amnesie verlaufen können. Doch sind für diese Zustände zahlreiche Halluzinationen und Sinnestäuschungen (besonders auf dem akustischen Gebiet) charakteristisch, während in unseren Fällen niemals irgendwelche Halluzinationen beobachtet werden konnten. Dann beschrieb Schüle und später Raecke unter dem Namen Raptus hystericus Erregungszustände im Verlaufe von Hysterie, welche sich vorwiegend in der Nacht einstellten und häufig zu den vorübergehenden Bewußtseinstrübungen mit nachträglicher Amnesie, psychomotorischer Erregung, Herumlaufen im Zimmer, Sichwälzen auf dem Fußboden, führten — Symptome, welche wir bei unseren Patienten beobachteten. Jedoch pflegt sich in diesen Zuständen außer Halluzinationen schreckhafter Natur auch die Wirkung des Affektes, obwohl oberflächlicher Natur, zu zeigen, es treten hier deutliche Züge einer Depression, Redseligkeit, Klagen, Vorwürfe, leichte Züge eines theatralischen Erotismus und sogar manchmal Suicidversuche auf, was alles in unseren Fällen fehlte. Es wurden weiter bei der Hysterie zahlreiche Zustände von Lethargie und von Lunatismus besprochen, von welchen bereits bei der Differentialdiagnose der ersten Phase der Anfälle unserer Patienten die Rede war. Es wurden schließlich Stuporzustände im Verlaufe von Hysterie beschrieben, welche eventuell in dem Stadium unmittelbar nach dem Erwachen bei unseren Patienten in Betracht kommen könnten und deren Differentialdiagnose von den Zuständen des katatonischen Stupors im Verlaufe von Dementia praecox häufig so schwierig ist. Ich erinnere nur, daß Nissl und seine Schüler sogar das für die hysterischen Dämmerzustände derartig charakteristische Gansersche Symptom bloß als Ausdruck des katatonischen Negativismus betrachten. Ich glaube jedoch nicht, daß trotz oberflächlicher Ähnlichkeit das Stadium unmittelbar nach dem Erwachen bei unseren Patienten als Stupor betrachtet werden könnte, da erstens dieses Stadium immer sehr kurzdauernd war und zweitens da dieses Stadium immer vermittels starker mechanischer und schmerzlicher Reize in Zustände heftiger psychomotorischer Erregung und in bizarre motorische Automatismen umgestaltet werden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

konnte, welche einen spezifischen Charakter trugen. Ich möchte hier nebenbei erwähnen, daß einige Forscher, wie Fürstner und Raecke, unrichtigerweise einen jeden Fall von hysterischem Stupor mit Lethargie oder Narkolepsie identifizieren, worüber noch die Rede sein wird.

Alle übrigen bisher in der Literatur beschriebenen Zustände der vorübergehenden akuten psychischen Störungen im Verlaufe von Hysterie entsprechen denjenigen klinischen Formen, welche von den französischen Autoren unter dem Namen von somnambulen Zuständen beschrieben werden und welche die moderne deutsche Psychiatrie als hysterische Dämmerzustände bezeichnet. Ich will hier kein ausführliches klinisches Bild der hysterischen Dämmerzustände skizzieren, deren zahlreiche Beispiele in der Literatur aufzusuchen sind, ich möchte nur die wichtigsten Typen dieser Dämmerzustände hervorheben. Wir beobachten also zuerst „Dämmerzustände" im Anschluß an hysterische Anfälle, für welche eine von den Phasen des Anfalls den Ausgangspunkt bildet; diese Dämmerzustände, welche am häufigsten mit Krämpfen, zahlreichen motorischen Automatismen mit emotionell verfärbten Bewegungen („attitudes passionelles") einhergehen, werden häufig durch zahlreiche Halluzinationen und Sinnestäuschungen kompliziert. Die andere Form dieser Zustände pflegt ausschließlich in der Nacht aufzutreten und stellt sich als lunatische Zustände ein, von welchen bereits die Rede war. Einen noch anderen Typus dieser Dämmerzustände bilden psychotische Zustandsbilder, welche sich ohne irgendwelchen Zusammenhang mit den Krampfanfällen abspielen und welche psychologisch durch eine außerordentliche Verengerung des psychischen Gesichtsfeldes charakterisiert sind, Zustände, während welcher die Patienten die kompliziertesten Bewegungen und sogar Lebensakte absolut automatisch ausführen (Erledigung der Geschäfte, große Reisen usw.), welche nachträglich vollständig ihrem Gedächtnis entfallen. Häufig können diese Gedächtnislücken nicht alle Erinnerungen, sondern nur einzelne betreffen, welche vorwiegend mit den emotionell negativen Geschehnissen verbunden sind, und dann haben wir es mit dem von Janet beschriebenen Typus der sog. „Amnésie systématisée" zu tun.

Auf dem Boden dieser Gedächtnisstörungen entwickeln sich jene bekannten Zustände der „Verdoppelung der Persönlichkeit", deren Prototyp der in der Literatur bekannte Fall von Felida ist, welcher von Azam beschrieben worden ist. Dies sind Fälle hysterischer Dämmerzustände, in welchen eine Spaltung des Persönlichkeitskomplexes entsteht, so daß die Patienten in den Dämmerzuständen zwei oder mehr Zustände erleben können, wobei die Erkenntnisse und die Erfahrungen eines Typus dieser Zustände niemals auf einen anderen übertragen werden und die Gedächtnisprodukte eine bloß die homonymen Zustände verbindende Brücke bilden. Jung hat darauf die Aufmerksamkeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelenkt, daß sich bei dem Auftreten dieser Zustände der Verdoppelung der Persönlichkeit häufig eine verborgene Tendenz des Patienten, sich besser und vollkommener als in der Wirklichkeit zu zeigen, entfaltet, so daß die „zweite Persönlichkeit" sozusagen das Ideal des Wachbewußtseins verkörpert.

Doch häufig entfaltet sich der krankhafte Prozeß in der entgegengesetzten Richtung, und dann gestaltet sich der Dämmerzustand in der Form der „Verkindlichung" der Psychik, welche Dupré unter dem Namen „Puérilisme mentale" beschrieb und deren charakteristische Beispiele in den Beschreibungen von Garnier, Camus, Charpentier und Courbon, Donath und zuletzt in der schönen Arbeit von Sträussler aufzufinden sind. Dies sind psychotische Zustandsbilder, in welchen das Benehmen der Patienten vollkommen einer Regression der Psychik in die früheste Kindheit zurück entspricht. Derartige Patienten verhalten sich in bezug auf ihre Umgebung ganz wie Kinder: Sie sagen zu allen „du", ein jeder vorgezeigte Gegenstand macht auf sie den Eindruck von etwas Neuem und Wunderlichem, dem sie Ausdruck in kindlicher Gestikulation und Bewunderungsausrufen geben. Ihr Wortschatz entspricht anfänglich dem Wortschatze eines Kindes, welches erst sprechen zu lernen beginnt und beschränkt sich meistenteils — außer den spärlichen Begriffen, welche in diesen Zustand von dem früheren Erfahrungsschatz übertragen werden — fast ausschließlich auf Interjektionen. Auch die Gebärden und der Gang der Patienten entsprechen vollkommen dem Benehmen der kleinen Kinder; auf dem Gesicht ist häufig ein naives Lächeln sichtbar, die Stimmung ist fidel und gehoben, der Gang tanzend und hüpfend. In der weiteren Entwicklung des Dämmerzustandes machen die Kranken Fortschritte in ähnlicher Weise, wie das Kind, welches in seiner fortschreitenden seelischen Entwicklung Erfahrungen sammelt und seinen Wort- und Vorstellungsschatz bereichert. Doch kann die Sprache noch eine längere Zeit einen agrammatischen Charakter aufweisen, das psychische Gesichtsfeld kann sehr verengert werden, außerdem kann eine beträchtliche Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit und ausgesprochene Störungen der Merkfähigkeit bestehen. Doch am auffallendsten sind hier die Störungen der assoziativen Tätigkeit: die äußerlichen Ähnlichkeiten bedingen häufig Identifikation verschiedener Gegenstände, was zu den an agnostische Erscheinungen erinnernden Störungen führen kann. Sträussler, welcher seine Fälle bei den wegen strafbarer Handlungen verhafteten Soldaten beobachtete und welcher diese Zustände in psychologischer Beziehung als Flucht aus der peinlichen und unglücklichen Gegenwart und aus dem gegenwärtigen Bewußtsein in das Asylum der frühen Kindheit betrachtet, beobachtete in der Mehrzahl seiner Fälle das Gansersche Symptom, und deswegen betrachtet er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seine Fälle als mit den von Ganser beschriebenen Zustandsbildern verwandt.

Es ist die letzte Gruppe hysterischer Dämmerzustände, welche einen vollkommen aparten Typus aufweist; sie wird ebenfalls bei den Verbrechern beobachtet, welche im Untersuchungsgefängnis an akuten psychischen Störungen erkrankten und welche den psychiatrischen Anstalten überwiesen worden sind. Das charakteristischste Symptom dieses Syndroms besteht darin, daß die Patienten die an sie gerichteten einfachsten Fragen richtig zu beantworten nicht imstande sind, obwohl der Charakter ihrer Antwort klar beweist, daß sie genau den Sinn der Frage aufgefaßt hatten, und daß sie in ihren Antworten einen auffallenden Mangel der Kenntnisse aufweisen, über welche sie zweifelsohne verfügten oder noch verfügen. Ganser vergleicht diese Patienten mit einem Billetteur, welcher anstatt das geforderte Billet zu verabreichen, in irgendwelche Abteilung zufälligerweise greift und das erste beste Billett ausgibt, welches ihm unter die Finger fällt. Nach einer gewissen Zeit (meistenteils nach einigen Tagen) verschwindet dieses Symptom, welches Ganser mit dem Namen „Vorbeizeigen" getauft hat, es kehrt der Vorrat der normalen Kenntnisse und die Fähigkeit zu den richtigen Antworten zurück.

Das andere Hauptmerkmal dieses Syndroms bilden die Störungen des Bewußtseins geringerer oder größerer Intensität bald in der Form einer einfachen Benommenheit mit erschwerter Apperzeption der Außenwelt und Hemmung der Denkprozesse, bald mit einer derartig tiefen Obnubilation des Bewußtseins, daß die Patienten, wie bei deliriösen Zuständen oder wie bei akuter halluzinatorischer Verwirrtheit vollständig von der Außenwelt abgeschnitten sind und nur mit größter Schwierigkeit einen Kontakt mit ihnen gestatten. In den schwereren Fällen ist das Benehmen der Patienten bloß eine Reaktion auf zahlreiche Halluzinationen und Sinnestäuschungen. Doch sogar in den leichteren Formen gelingt es immer, ausgesprochene Störungen der Orientierung in dem Raum und in der Zeit festzustellen und höchst ungenaue, durch halluzinatorische Apperzeptionen getrübte Aussagen über die dem Ausbruch der Krankheit vorangehenden Erlebnisse.

Schließlich gehören noch zu dem vollständigen Bilde dieses Syndroms ausgesprochene somatische Stigmata der Hysterie in der Form von ausgedehnter Analgesie und starkem Kopfschmerz, welcher in der Stirngegend lokalisiert ist (Ganser, Raecke, Westphal).

Der Übergang von dem krankhaften Zustand des Bewußtseins zu dem normalen geschieht hier meistenteils allmählich, obwohl in kurzer Zeit; die Patienten erreichen die vollkommene Klarheit des Bewußtseins, erfahren mit Verwunderung über ihre sinnlosen Antworten, antworten besonnen auf die Fragen, es bleibt bloß eine mehr oder weniger

Generated on 2019-01-13 14:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

komplette Erinnerungslücke bezüglich des Stadiums des Dämmerzustandes bestehen.

Bekannt ist die Polemik, welche sich nach den Ganserschen Publikationen entspann, besonders die pathognomonische Bedeutung des Symptoms des „Vorbeiredens" betreffend. Unter anderen betrachtete Nissl und teilweise auch Kraepelin dieses Symptom bloß als Ausfluß des katatonischen Negativismus, während die Mehrzahl der Forscher, wie Binswanger, Lücke, Döblin, Pick u. a. und besonders Raecke, die diagnostische Bedeutung dieses Symptoms für die hysterischen Dämmerzustände zu beweisen versuchten. Meines Erachtens befindet sich das Recht auf der Seite der letzteren Gruppe der Forscher, obwohl das Symptom der „sinnlosen Antworten" („Vorbeireden," „Danebenreden") außer der Hysterie auch bei anderen psychotischen Zuständen zu beobachten ist (Westphal beobachtete es bei der Dementia praecox, ich selbst beschrieb es in einem zur Autopsie gekommenen Fall von Gehirntumor), so ist das ganze Syndrom insgesamt mit Bewußtseinsstörungen, Störungen der Sensibilität und nachträglicher Amnesie derartig charakteristisch, daß ihm die diagnostische Bedeutung für Hysterie in keinem Falle abzusprechen ist.

Dieselben Bemerkungen können ceteris paribus ebenfalls für die Zustände des sog. „Puerilismus" gelten. Obwohl die französischen Autoren, besonders Dupré, Charpentier und Courbon, dieses Symptom außer der Hysterie auch bei der senilen Demenz und bei Gehirngeschwülsten beobachteten, bildet es doch in Verbindung mit den charakteristischen Bewußtseinsstörungen und nachträglichen Erinnerungslücken einen ganz eigenartigen Typus des hysterischen Dämmerzustandes.

Es ist dies eine Tatsache von besonderer Wichtigkeit, daß die hier aufgezählten Typen der hysterischen Dämmerzustände sich untereinander verbinden können, was jedoch noch wichtiger ist, daß häufig akute psychotische Zustandsbilder bei hysterischen Individuen zur Beobachtung kommen, in welchen bloß vereinzelte Bestandselemente der beschriebenen Dämmerzustände aufzufinden sind, ohne Ausbildung der vollen Zustände, welche für einen der geschilderten Typen charakteristisch wäre.

Von diesem Standpunkte aus müssen auch die zwei von mir beschriebenen Fälle betrachtet werden. In den beiden Fällen finden wir periodische, in dem Stadium des Erwachens auftretende Zustände der Bewußtseinstrübung mit nachträglicher Amnesie. Bereits dieser Charakter gibt diesen akuten psychotischen Episoden ein deutlich hysterisches Gepräge: es sind nämlich hysterische Dämmerzustände. Und obwohl weder in dem ersten noch in dem zweiten Fall diese Zustände exakt keinem der oben skizzierten Typen der hysterischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dämmerzustände entsprechen, sind doch mit Leichtigkeit in einem jeden dieser Fälle die vereinzelten Elemente dieser Typen aufzufinden. Ich erwähne hier vor allem jene bizarren Bewegungsautomatismen, welche wir in den beiden Fällen beobachteten, welche für diejenigen hysterischen Dämmerzustände charakteristisch sind, welche ihren Ausgangspunkt aus dem sog. „großen Anfall" („Grand mal") nehmen: unbequemste Körperpositionen, die Bewegungen der „Droschkenkutscher", kataleptische Positionen, ein Wälzen auf dem Fußboden, Bewegungen, welche an „danse du ventre" erinnerten, Schlagen mit den Füßen auf den Fußboden, mit der Faust auf den Tisch, schließlich Symptome von Clownismus (Grimassen, Bewegungen). Es ist hier nochmals hervorzuheben, daß in unseren Fällen diese Symptome keinen Zusammenhang mit hysterischen Anfällen hatten, da die Patienten niemals an Krampfanfällen litten.

Der Reihe nach sind die Symptome des Puerilismus hervorzuheben, welche — in dem zweiten Falle angedeutet — besonders plastisch in dem ersten meiner Fälle zutage traten. Obwohl es in keinem dieser Fälle zu der Ausbildung der „zweiten Persönlichkeit", zu der vollständigen Inkarnation in die kindliche Psychik kam, bestand doch eine Reihe von Symptomen, welche diesem Zustand nahestanden. So in dem zweiten Fall das sinnlose, kindliche Lächeln, Herumlaufen mit kleinen Schritten oder Hüpfen mit einem Fuß, wie dies die kleinen Kinder tun, und in dem ersten Fall die kindischen Grimassen, lautes Lachen und Klatschen in die Hände, Sprechen von sich in dritter Person, lallende, lispelnde und agrammatische Sprache, Einschränkung des Wortschatzes, kindische Euphorie, welche den Zuständen der sog. „Moria" entsprach usw.

Schließlich finden wir in den beiden Fällen Symptome, welche an den von Ganser beschriebenen Typus erinnern. Obwohl man in keinem unserer Fälle sensu strictiori von dem Ganserschen Syndrom reden konnte, da wir mit keinem Ausbruch der Haftpsychose bei kriminellen Verbrechen zu tun hatten, da keine Halluzinationen, Sinnestäuschungen und deliriöse Symptome und vor allem keine Sensibilitätsstörungen in der Form von ausgebreiteter Analgesie zu verzeichnen waren, kamen doch die mit den Ganserschen verwandten Symptome zur Beobachtung. Es bestand vor allem in den beiden Fällen eine charakteristische Störung des Bewußtseins mit Beeinträchtigung der apperzeptiven Prozesse, Einschränkung des psychischen Gesichtsfeldes, Oberflächlichkeit der assoziativen Prozesse, welcher eine derartige Bedeutung Sträussler und Pick zuschreiben und nachträgliche Amnesie. Außerdem konnte man in dem zweiten Fall ab und zu das Symptom des „Vorbeiredens" beobachten, zwar nicht in ganz typischer Form, sondern von perseveratorischen Erscheinungen kompliziert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schließlich wurde in dem ersten Fall auf gnostisch-motorischem Gebiet ein Symptom beobachtet, welches zweifelsohne dem Ganserschen Phänomen verwandt ist: beauftragte man die Patientin, aus einer ganzen Reihe von Bildern und Gegenständen einen bestimmten mit dem Finger zu zeigen, so zeigt sie fast immer, ohne zu schwanken rasch und falsch, obwohl es klar ist, daß sie den Auftrag aufgefaßt hat und den betreffenden Gegenstand häufig richtig benennt. Ob diese letztere Erscheinung irgendwelche Verwandtschaft mit den von Sträussler bei den hysterischen Dämmerzuständen beschriebenen Bewegungsstörungen hat, ist schwierig mit Bestimmtheit zu beantworten. Dieser Forscher beschreibt z. B. Fälle, in welchen der Patient die Zigarette nur dann anzünden konnte, wenn das brennende Zündhölzchen unmittelbar an die Zigarette genähert war, entfernte man das Zündhölzchen etwas weiter, so konnte er die Tätigkeit nicht ausführen. Diese Störung der assoziativen Verknüpfungen, welche zu dem Ziele führen, betrachtet der Verfasser als ein dem Ganserschen verwandtes Phänomen. Meinem Eindruck nach gehört diese Störung eher in das Gebiet der ideatorischen Apraxie. Diese Vermutung ist desto wahrscheinlicher, da in einem der Löwenfeldschen Fälle, welchen ich noch im weiteren besprechen werde, sowie in meinem ersten Fall deutliche apraktische Symptome festzustellen waren. Doch kann man auf Grund der Tatsache, daß ebenso das Gansersche Symptom, wie die ideatorische Apraxie aus den Störungen der assoziativen Tätigkeit entspringen können, meines Erachtens noch keineswegs über die Verwandtschaft dieser zwei so aparten Erscheinungen urteilen.

Wir sehen also, daß die zwei von mir beschriebenen Fälle exakt keinem der bisher beschriebenen Typen der hysterischen Dämmerzustände entsprechen, sondern vereinzelte Elemente der mannigfaltigen Formen dieser Zustände enthalten. Bereits dies verleiht den von mir beschriebenen Dämmerzuständen einen eigenartigen Charakter. Was dieselben aber prinzipiell von den sämtlichen bisher beschriebenen Fällen der hysterischen Dämmerzustände unterscheidet, ist die Tatsache, daß sie sich immer in dem Stadium des Erwachens aus dem physiologischen Schlafe am Morgen einstellten. In der sämtlichen mir zugänglichen Literatur — die Hysterie, die hysterischen Dämmerzustände, die Narkolepsie, die Lethargie und die Anomalien des Erwachens betreffend — konnte ich keinen einzigen analogen Fall auffinden. Eine gewisse klinische Verwandtschaft mit meinen Beobachtungen weisen bloß die Fälle von Löwenfeld und von Pelz auf. Der Fall von Löwenfeld betraf eine an lethargischen Zuständen hysterischer Natur leidende Patientin, welche nach dem Erwachen aus dem lethargischen Schlaf einen Zustand deutlicher Benommenheit aufwies, welcher von dem Verfasser unrichtigerweise als Demenz be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeichnet wird: starrer Gesichtsausdruck, mangelhafte Orientierung in der Zeit, im Raum und in der nächsten Umgebung, sinnlose Bewegungsautomatismen und gewisse Symptome, welche an Apraxie erinnerten; aus diesem Zustand ging die Patientin nach einer gewissen Zeit ($^1/_4$ bis $^1/_2$ bis 1 Stunde) meistenteils plötzlich in den Zustand klaren Bewußtseins mit nachträglicher absoluter Amnesie bezüglich des Dämmerzustandes über. So stellte sich in diesem Falle der Dämmerzustand immer nach narkoleptischen Anfällen ein und niemals, wie in meinen Fällen nach dem natürlichen Schlaf. Die einzige Beobachtung in der Literatur, welche gewissermaßen mit unseren Fällen zusammenzustellen wäre, und zwar die bereits oben besprochene Beobachtung von Pelz, betraf einen Patienten, bei welchem sich zwar die Dämmerzustände („dämmerhaftes Bewußtsein") ständig am Morgen nach dem Erwachen aus dem natürlichen Schlaf entwickelten, doch weder in ihrer klinischen Physiognomie, noch in dem Charakter des Patienten, noch in den somatischen Symptomen irgendwelche Züge aufwiesen, welche dieselben als hysterisch zu erkennen erlauben könnten. Trotz alledem scheint mir der Zusammenhang der Pelzschen Beobachtung mit der Hysterie keineswegs ausgeschlossen zu sein.

Es entsteht jetzt die Frage, ob dieser Schlaf am Morgen, aus welchem die Patienten nicht aufzuwecken waren und nach welchem sich die Dämmerzustände entwickelten, tatsächlich ein gewöhnlicher physiologischer Schlaf war? Es ist nämlich bekannt, daß wir im Verlaufe von Hysterie mit verschiedenartigen Formen des pathologischen Schlafes zu tun haben können, und zwar mit dem lethargischen Schlaf, mit der Narkolepsie und mit dem hypnotischen Schlaf.

Betrachten wir zuerst die erste Eventualität. Die lethargischen Erscheinungen sind in der Pathologie bereits längst bekannt. Notizen darüber finden wir bereits bei Aretäus und Galenus. Die Chroniken der mittelalterlichen Dämonopathien, Teufelssabbaten, Hexenprozesse usw. wimmeln von den Beschreibungen der Zustände, welche den lethargischen genau entsprechen. Doch erst bei den Autoren des 18. Jahrhunderts (Sydenham, R. Whyt, Tissot) finden sich Rudimente der wissenschaftlichen Begriffe über Hysterie, als pathognomonische Grundlage der lethargischen Zustände. Eine genauere Formulierung dieser These finden wir jedoch erst in den Untersuchungen von Briquet und besonders von Charcot und seinen Schülern (Richer, Bourneville, Pitres, Gille de la Tourette, Debove, Achard u. a.), welche die lethargischen Zustände aus einer der Phasen des sog. „großen hysterischen Anfalls" („Grand mal") ableiten. In der neueren englischen und amerikanischen Literatur finden sich spärliche Arbeiten über dieses Thema (Weir-Mitchell, Gairdner, Diller, Langdon Down, E. Peck, Gowers, Keser), in der ungarischen Literatur finden wir

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Beobachtungen von Laufenauer und Donath, in der skandinavischen Literatur von Malling, schließlich aus der deutschen Literatur auf diesem Gebiet sind außer der schönen Monographie von Löwenfeld die Arbeiten von Binswanger, Fürstner, Jolly, Siemerling, Oppenheim, Wernicke, Raecke, Berg, Berkhan, Krauss, Rosenthal, Holst u. a. zu erwähnen. Es ist keineswegs meine Absicht, an dieser Stelle die sämtliche Literatur dieses Gegenstandes zu analysieren, noch das ausführliche Bild der lethargischen Zustände zu skizzieren, ich möchte bloß von vornherein hervorheben, daß unter dem Namen der „lethargischen" Zustände die Literatur nicht immer identische Zustandsbilder versteht. Es handelt sich also hier vor allem um die Zustände des sog. „Scheintodes", wo sich der protrahierte pathologische Schlaf im Verlaufe der Hysterie mit vorübergehendem Stillstand des Pulses, der Respiration und der vegetativen Funktionen kombiniert, was mit dem üblichen populären und literarischen Begriffe der Lethargie zusammenfließt. Derartige neuere Beobachtungen, auf einen ganzen Apparat der modernen Untersuchungsmethoden gestützt, enthält die Literatur äußerst wenig. Eine zweite Gruppe der klinischen Bilder, welche als lethargische bezeichnet werden, bilden die protrahierten Schlafzustände, welche sich anscheinlich gar nicht oder sehr wenig von dem physiologischen Schlaf unterscheiden, aus welchen jedoch die Patienten vermittels stärkster Reize nicht aufzuwecken sind und welche mehrere Stunden, Tage (in dem Falle von Krauß 32 Tage), Monate (wie bei der berühmten „dormeuse d'Alençon") oder sogar Jahre andauern können. (Lanceraux zitiert einen Fall, in welchem der lethargische Schlaf angeblich 20 Jahre dauern sollte.)

Schließlich die dritte Gruppe der Phänomene, welche mit demselben Namen lethargischer Zustände bezeichnet werden, bilden die mehr kurzdauernden „Schlafanfälle", welche sich mehr oder weniger häufig einstellen und deren typisches Beispiel wir in dem ersten unserer Fälle sehen. Diese letztere Gruppe figuriert häufig in den klinischen Beschreibungen unter der Etikette der hysterischen „Narkolepsie". Dies ist bereits nach dem „Somnambulismus" und der „Lethargie" der dritte Terminus, mit welchem wir in unserer Arbeit zu tun haben und mit welchem die mannigfaltigsten Krankheitszustände bezeichnet werden und welcher zu Mißverständnissen führen kann.

Ohne die historische Entwicklung der Begriffe über die Narkolepsie zu berühren, möchte ich bloß erinnern, daß im Jahre 1880 unter dem Namen „Narkolepsie" Gélineau eine Reihe eigentümlicher Anfälle beschrieb, während welcher der Patient sich mit den oberen und unteren Extremitäten nicht bewegen konnte, der Kopf auf die Brust sank und der Patient für 1—5 Minuten einschlief, was sich 100 bis 200 mal am Tage wiederholen konnte. Diese Form betrachtete Gélineau

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als eine Neurose sui generis. Später wurden unter dem Namen von Narkolepsie Schlafanfälle im Verlaufe von Hysterie und Epilepsie, Schwindelzustände und verschiedene Zustände der Benommenheit beschrieben. Friedmann beschrieb unter dem Namen „narkoleptische Anfälle" vorübergehende kurzdauernde Zustände, in welchen es nicht zu den wirklichen Schlafzuständen, sondern zur vorübergehenden psychischen Starre mit Hemmung der willkürlichen Bewegungen kam. Analoge Fälle vorübergehender kurzdauernder, äußerst zahlreicher Benommenheitszustände beschrieb Heilbrunner als „gehäufte kleine Anfälle", indem er sie von den epileptischen Absencen auf Grund von Wirkungslosigkeit der Brompräparate und von Fehlen der nachfolgenden Demenz differenzierte. Kurz darauf veröffentlichte Mann zwei ähnliche Fälle, in welchen er eine bedeutend gesteigerte mechanische Erregbarkeit der Muskeln festgestellt hat und die sog. „Spasmophilie" als ätiologische Grundlage der Narkolepsie vermutete. Die Literatur der letzten Jahre hat eine ganze Reihe von Arbeiten auf diesem Gebiet gebracht, und zwar von Friedmann, Bonhoeffer, Klieneberger, Löwenfeld, Engelhardt, Stöcker, Redlich, Henneberg, Schröder, Bolten, Sauer u. a. Punctum saliens der ganzen Frage besteht darin, ob man die Narkolepsie als spezifische Krankheitsform betrachten kann oder ob man dieselbe mit den vorübergehenden Benommenheitszuständen bei der Hysterie oder bei der Epilepsie identifizieren kann. Auf diesem letzteren Standpunkt stehen unter anderen Redlich und Bolten, welche alle diese gehäuften Anfälle, welche am häufigsten bei den Kindern auftreten und für welche Schröder die Bezeichnung Pyknolepsie (*πυκνός* = häufig) vorgeschlagen hat, insgesamt der Epilepsie einreihen. Dagegen verfechten Friedmann, Heilbronner, Stöcker, Sauer und andere die klinische Selbständigkeit der narkoleptischen Anfälle, indem sie dieselben ebenso von der Hysterie wie von der Epilepsie abgrenzen. Henneberg, welcher die Zuverlässigkeit der Beschreibungen von Gélineau anerkennt und ähnliche Fälle veröffentlicht, reserviert bloß für diese Form den Terminus der Narkolepsie und schlägt für die Fälle des Friedmannschen Typus die Bezeichnung ekpleitischer und ekplektischer Anfälle vor. Ich kann hier diesen Gegenstand nicht ausführlich erörtern, da dies mich zu weit führen und von dem Thema dieser Arbeit ableiten könnte. Auf Grund meiner klinischen Erfahrung stehe ich persönlich auf dem Standpunkt, daß die Identifizierung aller dieser „gehäuften kleinen Anfälle" mit der Epilepsie keineswegs der Wirklichkeit entspricht. Was aber ihren Zusammenhang mit der Hysterie anbetrifft, was uns in bezug auf unsere Fälle am meisten interessiert, so unterliegt es meines Erachtens keinem Zweifel, daß unter den Beschreibungen verschiedenartiger Zustände, welche unter der gemeinsamen Etikette

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Narkolepsie figurieren (Anfälle von psychischer Starre nach Gemütserregung von Gélineau, kurzdauernde psychasthenische Benommenheitszustände, gehäufte Anfälle von Heilbronner, narkoleptische Anfälle von Friedmann, pyknoleptische Anfälle von Schröder, ekplektische Anfälle von Henneberg, spasmophile Anfälle von Mann usw.) mehr oder weniger häufig auch wirkliche Schlafanfälle auf dem Boden von Hysterie vorkommen. Auch Friedmann ist geneigt, dies anzuerkennen, welcher bisher die klinische Autonomie der Narkolepsie verfochten hatte, indem er sagt: „Es existieren, wie es scheint, auch seltene Fälle, in welchen in ganz analoger Weise wie unsere ‚Absences' d. h. mit häufigen periodischen Rezidiven entweder selbständig oder auf dem Boden von Hysterie oder Neurasthenie, kurze Schlafanfälle zustande kommen. Diese Form kann als zweiter Typus der Narkolepsie betrachtet werden, verwandt mit denjenigen Fällen, welche wir bei der allgemeinen Fettsucht finden." Für diese letztere Form des pathologischen Schlafes, welche sich im Verlaufe von Hysterie periodisch einstellt, wäre es meines Erachtens richtiger, die in Frankreich übliche und zu den klinischen Mißverständnissen führende Bezeichnung der „hysterischen Narkolepsie" fallen zu lassen und dieselben einfach „Schlafzustände", wie dies Raecke tut oder lethargische Anfälle nach Löwenfeld, zu benennen.

Das wichtigste differentialdiagnostische Merkmal dieser lethargischen Zustände im Verlaufe von Hysterie von den narkoleptischen Zuständen ist die Tatsache, daß sie dem natürlichen Schlaf äußerst gleichen. Diese Tatsache erschwert uns sehr die Entscheidung der Frage, welche wir uns vorher gestellt hatten: Was ist der außerordentlich tiefe Schlaf unserer Patienten am Morgen, aus welchem sich der Dämmerzustand entwickelt — ein äußerst tiefer physiologischer Schlaf — oder ein pathologischer beziehungsweise lethargischer Schlaf? Es wurde bekanntlich eine ganze Reihe von Symptomen angeführt, welche den pathologischen Schlaf bei der Hysterie von dem normalen Schlaf unterscheiden sollten (Zittern der Lider, Spannung der Muskulatur, automatische Bewegungen, Anästhesien, hyperästhetische Zonen usw). Doch allen diesen Symptomen, auf welche sich die französischen Autoren zu stützen pflegen, kann man, wie ich dies schon hervorgehoben hatte, keine entscheidende Bedeutung beimessen. Die deutschen Autoren, wie Löwenfeld, Raecke behaupten, daß während der lethargischen Zustände niemals Blasen- und Mastdarminkontinenz vorkommt, während die englischen und schwedischen Neurologen (Malling, Diller u. a.) typische Schlafanfälle hysterischer Herkunft mit unwillkürlicher Kot- und Urinabgabe beschrieben hatten. Unser erster Fall wies in der ersten Krankheitsphase keinen einzigen von diesen angeblich charakteristischen Zügen auf, und doch konnte hier die Diagnose

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lethargischer Zustände auf hysterischem Boden keinem Zweifel unterliegen.

So kann meines Erachtens das Fehlen der erwähnten Symptome während des Schlafes unserer Patienten die Diagnose keineswegs zugunsten des physiologischen Schlafes entscheiden. Bedeutend wichtiger ist der Charakter des Schlafes selbst, in welchem die langdauernde Beobachtung nichts aufgedeckt hat, was ihn von dem natürlichen Schlaf unterscheiden könnte. Obwohl vereinzelte Fälle vorkommen (Löwenfeld, Malling), in welchen der lethargische Schlaf alternierend mit dem natürlichen zutage tritt und sich sogar auf den physiologischen Schlaf aufpfropfen kann, ist doch gerade ein derartiger Lethargus äußerst oberflächlich (Löwenfeld), während unsere Patienten niemals aufzuwecken waren. Außerdem ist es schwer anzunehmen, daß sich ein Symptom einer derartig außerordentlichen klinischen Seltenheit, derartig häufig und regelmäßig eben am Morgen wiederholen könnte, wie dies bei unseren Patienten der Fall war. Ich komme also zum Schluß, daß wir keine genügenden Anhaltspunkte haben, um den Schlaf unserer Patienten am Morgen vor dem Erwachen als lethargischen Schlaf auffassen zu müssen. Daß jedoch in pathogenetischer Hinsicht zwischen den eigenartigen hysterischen Dämmerzuständen in unseren Fällen und den lethargischen Anfällen irgendwelche Beziehung besteht, dies beweist unser erster Fall, in welchem in der ersten Krankheitsphase für die Hysterie typische lethargische Anfälle — und in der zweiten Krankheitsphase — eigenartige hysterische Dämmerzustände zutage traten.

Was schließlich den Zusammenhang der hier besprochenen Zustände mit dem hypnotischen Schlaf anbetrifft, so hat diese Vermutung noch weniger Zeichen von Wahrscheinlichkeit. Es existieren zwar in der Wissenschaft die Angaben, welche darauf hinweisen, daß sich unter gewissen Bedingungen der lethargische und der natürliche Schlaf in den hypnotischen Schlaf transformieren kann (Tamburini und Sepilli, Löwenfeld, Moll), doch kann diese Erscheinung nur durch Vermittlung der hypnotisierenden Person zustande kommen. Und doch war unsere erste Patientin niemals hypnotisiert worden, und die Versuche der hypnotischen Behandlung in dem zweiten Falle verliefen keineswegs in der erwähnten Richtung, außerdem waren dieselben bereits am Ende des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus begonnen, während der Patient bereits seit einigen Monaten an besprochenen Anfällen litt. Schließlich sprechen gegen Autohypnose in unseren Fällen die nachträglichen Amnesien nach dem tiefen Schlaf und nach den Dämmerzuständen und das Fehlen der Zugänglichkeit für irgendwelche Suggestion während der Anfälle, worauf Donath hingewiesen hat.

Meinem Chef, Herrn Dr. E. Flatau, danke ich an dieser Stelle für die Überlassung des Materiales.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literaturverzeichnis.

1. Baumann, Ein seltener Fall von hysterischem Dämmerzustande. Neurol. Centralbl. **18**, 849. 1908.
2. Berg, Hysterische Lethargie bei einer jungen Brandstifterin. Zeitschr. f. Medizinalbeamte **7**, 217. 1904.
3. Berkhan, Ein Fall von Psychose mit halbjähriger Lethargie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1900.
4. Binswanger, Hysterie. Wien 1904.
5. Bohn, Ein Fall von doppeltem Bewußtsein. Inaug.-Diss. Breslau 1896.
6. Bolten, Über narkoleptische Anfälle. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1916.
7. Camus, Meningisme et puérilisme mentale chez une hystérique. Rev. neur. S. 663. 1913.
8. Charcot, Leçons de Mardi à la Salpêtrière. 1887—1888.
9. Charpentier und Courbon, Le puérilisme mental et les états de regression de la personnalité. L'Encéphale. 1907.
10. Diller, A case of hysteria in a boy, characterized by regulary recurrent attacks of lethargy. Brain 1893.
11. Donath, Hysterische schlafähnliche (lethargische) Zustände. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50. 1908.
12. — Über hysterische Amnesien. Archiv f. Psych. **44**.
13. Dupré, Le puérilisme mentale. Rev. neur. S. 861. 1903.
14. Friedmann, Über die nichtepileptischen Absencen oder kurzen narkoleptischen Anfälle. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **30**.
15. Fürstner, Über hysterische Geistesstörungen. Leipzig—Wien. 1904.
16. Ganser, Über einen eigenartigen Dämmerzustand. Archiv f. Psych. **30**.
17. — Zur Lehre von hysterischen Dämmerzuständen. Archiv f. Psych. **38**.
18. Gélineau, De la narcolepsie. Gaz. des hôp. Nr. 79—80. 1888.
19. Gerlach, Ein Fall von Fahnenflucht im hysterischen Dämmerzustande. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **65**.
20. Gianulli, Fälle von männlicher Hysterie mit Delirien des affektiven Gedächtnisses. Monatsschr. f. Psych. 1907.
21. Gilles de la Tourette, Les attaques de sommeil hystérique. Archives de Neur. 1888.
22. Gudden, Über Schlaftrunkenheit. Archiv f. Psych. **40**.
23. Heilbronner, Über gehäufte kleine Anfälle. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **31**.
24. Hey, Das Gansersche Symptom, seine klinische und forensische Bedeutung. Berlin 1914.
25. Henneberg, Über das Gansersche Symptom. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. **37**.
26. — Zwei Fälle von Narkolepsie. Neurol. Centralbl. Nr. 7, 1916.
27. Higier, Über einen eigenartigen in posthypnotischem Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. Neurol. Centralbl. 1899.
28. Janet, L'état mental des hystériques. Paris.
29. Jolly, Die hysterischen Geistesstörungen. Ebstein-Schwalbe. 1900.
30. Jung, Ein Fall von hysterischem Stupor bei einer Untersuchungsgefangenen. Journ. f. Psych. u. Neurol. **4**, 3.
31. Klieneberger. Über Narkolepsie. Berliner klin. Wochenschr. 1913.
32. Köppen, Somnambulismus und Verbrechen. Charité-Annalen **27**.
33. Löwenfeld, Über hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur Grande hystérie. Archiv f. Psych. **22** u. **23**.
34. — Über Narkolepsie. Münch. med. Wochenschr. **22** u. **23**.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

35. Lücke, Über das Gansersche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **60**.
36. Malling, Et Tiltälde at hystersk Letharg. Hosp. Tid. Nr. 49. 1907. Refer. Neurol. Centralbl. 1907.
37. Mann, Erregbarkeitssteigerung bei narkoleptischen Anfällen. Zeitschr. f. med. Elektrol. 1910.
38. Mattauschek, Ein Fall von hysterischem Dämmerzustand (Ganser). Wiener klin. Wochenschr. S. 681. 1907.
39. Michelson, Experimentelle Untersuchungen über die Schlaftiefe. Psychol. Arbeiten (Kraepelin) **2**.
40. Moll, Der Hypnotismus. Berlin.
41. Moravcsik, Das hysterische Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **50**.
42. Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Centralbl. f. Nervenheilk. 1902.
43. Pelz, Über eine eigenartige Störung des Erwachens. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **2**, Heft 5.
44. Pfister, Über die Störungen des Erwachens. Berliner klin. Wochenschr. 1903.
45. Raecke, Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Archiv f. Psych. 1905.
46. — Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **58**.
47. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Leipzig—Wien. 1904.
48. Redlich, Zur Frage der Narkolepsie. Monatschr. für Psych. **37**. 1915.
49. Richer, Etudes sur la grande hystérie. 1885.
50. — L'hypnotisme. 1889.
51. Ricklin, Über diagnostische Bedeutung von Assoziationsmethoden bei Hysterischen. Centralbl. f. Nervenheilk. 1904.
52. — Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände. Psych. Neurol. Wochenschr. **58**, 115.
53. Sander, Über transitorische Geistesstörungen auf hysterischer Basis. Deutsche med. Wochenschr. S. 463. 1901.
54. Sauer, Über gehäufte kleine Anfälle bei Kindern (Pyknolepsie). Monatsschr. f. Psych. **40**. 1916.
55. Schröder, Über pyknoleptische Anfälle. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1913.
56. Schultze, Über pathologische Schlafzustände und deren Beziehungen zur Narkolepsie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**.
57. Schüle, Klinische Psychiatrie. Leipzig 1886.
58. Soulard, Le puérilisme mentale. Thèse de Paris. 1900
59. Sterling, Über psychische Störungen bei Hirntumoren. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1902.
60. Störck, Zur Narkolepsie. Zeitschr. f. d. ges Neurol. u. Psych. **18**.
61. Sträussler, Beiträge zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Über eine eigenartige unter dem Bilde des psychischen „Puerilismus" verlaufende Form. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. **32**.
62. — Über den Bewußtseinszustand im hysterischen Dämmerzustande. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **9**, H. 3—4.
63. Westphal, Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv.

Von
Dr. **Curt Thomalla.**

(Eingegangen am 19. September 1918.)

Der Film spielt in der neuzeitlichen ärztlichen Wissenschaft bereits eine gewaltige Rolle. Immer häufiger finden wir in den Veröffentlichungen verschiedenster Art angegeben, daß die besprochenen Fälle kinematographisch festgelegt sind, immer mehr werden Vorträge besonders in fachärztlichen Gesellschaften von der Vorführung fesselnder Kinematogramme begleitet. Unbestritten ist die Ansicht, daß der Film in der medizinischen Lehr- und Forschtätigkeit noch einen überragenden Platz einzunehmen bestimmt ist, da gerade in der Ausbildung des Arztes das „Sehen" durch kein Erklären, Bücher- und Bilder-Lehren zu ersetzen ist.

In drei Arten finden wir heute hauptsächlich medizinisch verwertete Films. Einmal zum einfachen Festhalten krankhafter Zustände und späteren Vergleich erzielter Heilerfolge, sodann zur Festlegung erheblicher und verwickelter pathologischer Bewegungsakte, die sich weder durch einfaches Bild, noch durch Erklärungen restlos beschreiben lassen — besonders die Psychiater und Neurologen besitzen wertvolle Films dieser Art —, drittens ist der landläufig gewohnte Film ein wertvolles Hilfsmittel der Psychopathologie geworden (ich verweise nur auf Kap. III Seite 195ff. von Poppelreuter „Psychische Störungen durch Kopfschuß"). Auffallend ist, wie wenig noch medizinisch und hygienisch aufklärende Films allgemeinverständlicher Art geboten werden.

Alle diese zweifellos sehr zahlreichen Films, die ein äußerst wertvolles Lehr- und Fortbildungsmaterial darstellen, liegen nun ungenützt an den verschiedensten Orten. Außer dem Forscher, der selbst die Aufnahme veranlaßt und geleitet hat, ist jeder Film höchstens einem beschränkten Kreise seiner Fachkollegen, selten einmal auch einem größeren, aber auch örtlich begrenzten Kreise von Ärzten zugänglich gewesen. Und doch hat die Allgemeinheit wissenschaftlich arbeitender Mediziner gerade an dieser Art Veröffentlichungen ein noch höheres Interesse als an Abhandlungen und Vorträgen. Darum würde die Gründung eines medizinischen Filmarchivs, das alle bisher schon vorhandenen wissenschaftlichen Films sammelt und für die gesamte Ärzteschaft

Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

zur Benutzung bereit hält, schon lohnend und aussichtsreich sein. Nur wenn alle diese Veröffentlichungen an einer Stelle gesammelt vorliegen, katalogisiert sind und zum Ankauf oder zur leihweisen Benützung jederzeit leicht erreichbar sind, kann ihr hoher wissenschaftlicher Wert nutzbringend für fernere Forscher- und Lehrtätigkeit ausgebeutet werden.

In erster Linie muß jedoch eine viel weitgehendere Benutzung des Films in unseren Hörsälen der Universität Platz greifen. In einigen Jahren wird in keinem Kolleg mehr neben dem jetzt schon eingeführten Projektionsapparat für gewöhnliche Bilder und Präparate der Kinematograph fehlen. Denn, wie schon oben betont, ist das „Sehen" in der Ausbildung des Mediziners und besonders natürlich des Studenten von überragendster Wichtigkeit. Und daß das kinematographische Lichtbild dem natürlichen Sehen am nächsten kommt, daß es die besten Bilder und die eingehendsten Vorlesungen an Wirksamkeit übertrifft, steht außer Frage.

Aus diesen Erwägungen heraus wurde die vorliegende Arbeit in allgemeinerer Form bereits Anfang d. J. von mir der Berliner Universum-Film A. G. unterbreitet und von der „Kulturabteilung" derselben sofort aufgenommen[1]). Bei dem großzügigen Programm dieser Gesellschaft, die eine wertvollere Ausnützung der bisher so oft mißbräuchlich benutzten genialen Erfindung des lebenden Lichtbildes mit allen Kräften und ausreichenden Mitteln anstrebt, ist die Gewähr geboten, daß sich aus dem jetzt im Entstehen begriffenen Unternehmen des medizinischen Filmarchivs ein lebenskräftiges und zukunftsreiches Gebilde gestalten wird. Vorläufig sind Lehrfilme der chirurgischen Operationstechnik[2]) und psychiatrisch-neurologische Filme in erster Linie geplant.

Das medizinische Studium stellt nach dem gewaltigen Aufschwung unserer Wissenschaft, vor allem nach der immer weiter fortschreitenden Spezialisierung, so ungeheuere Anforderungen an den Studierenden, daß es heute kaum noch möglich ist, alle Fächer gleichmäßig gut zu beherrschen. Schon in der Studienzeit neigt fast jeder einem Spezialfache zu, das er auf Kosten der anderen Kollegien begünstigt. Und von diesen stiefmütterlich behandelten Fächern bleibt, nachdem das Examenwissen verraucht ist, meist nicht viel mehr übrig, als was in den Kursen und Übungen tatsächlich gesehen wurde. Nun wäre es ungerecht zu behaupten, der Student sieht zu wenig, im Gegenteil, wohl überall legen sämtliche Hochschullehrer das größte Gewicht darauf, möglichst viel von ihrem klinischen Material vorzuführen. Aber ist es denn wirk-

[1]) Siehe Thomalla, Ein medizinisches Filmarchiv. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Demnächst.

[2]) Siehe v. Rothe, Die Kinematographie als chirurgisches Lehrmittel. Berliner klin. Wochenschr. 1918, Nr. 35, S. 834.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich möglich, das gesamte Sehenswerte, auch nur dem kleinsten Dorfarzt unumgänglich Notwendige beispielsweise der Chirurgie wirklich praktisch vorzuführen? Wird nicht zum Beispiel bei der Besprechung einer Ellbogenluxation nur die zufällig zur Verfügung stehende Art der Verrenkung genau besprochen, alle anderen Möglichkeiten, auch ähnlicher Gelenkbrüche usw. allenfalls am Skelett und alten Röntgenbildern anschließend kurz erörtert? Die gerade notwendige Art der Reposition wird vor aller Augen ausgeführt und bis ins kleinste klargelegt, alle anderen bei ähnlich aussehenden Verletzungen erforderlichen Handgriffe und Maßnahmen werden nur mündlich doziert. Wie viele Hörer behalten das kurz Gehörte? Das lebendig Gesehene bleibt dauernd ihr geistiges Eigentum. Hier ist eine Lücke in unserem Lehrplan, bedingt durch die Abhängigkeit vom augenblicklich zur Verfügung stehenden Material der Klinik, bedingt auch durch den Mangel an Zeit. Aber einige hundert Meter Film könnten in wenigen Minuten, von erklärendem Vortrag begleitet, alle verwandten Fälle und Komplikationen vorführen und ebenso wie der tatsächlich vorgestellte würden die im Film gesehenen und deren Behandlung unverlierbar dem Gedächtnis eingeprägt sein.

In viel höherem Maße gilt dies alles für die psychiatrisch-neurologischen Vorlesungen und Kurse. Man vergegenwärtige sich den Verlauf einiger Kollegstunden. Entweder werden systematisch die einzelnen Krankheiten durchgesprochen; dann werden in den allerseltensten Fällen stets gerade geeignete Demonstrationsfälle zur Verfügung stehen. Oder häufiger wird je nach dem eben vorhandenen Krankenmaterial das Programm jeder Kollegstunde festgesetzt. Da wird denn beispielsweise ein Katatoniker vorgestellt in schwerem motorischem Erregungszustand, darauf ein aufgeregter Maniacus, schließlich ein lamentierender Hysteriker. In der nächsten Vorlesung ist gerade ein katatonischer Stupor zur Demonstration da, eine hysterische Ganglähmung, der zirkulär Irre wird heute in depressivem Zustande gezeigt. Welcher Student reiht die so durcheinander empfangenen Bilder richtig ein, macht sich Zusammenhänge klar? Und wenn auch in anschließendem Vortrag jede Krankheit mehr oder weniger kurz durchgesprochen wird, kann er doch selten ein festumrissenes Bild mitnehmen. Mag ihm auch beispielsweise von Negativismus, Flexibilitas, Stereotypien und ähnlichem gesprochen worden sein, es bleiben ihm unbekannte, tote Begriffe, ehe er es einmal sah. Geschieht dies aber später einmal, so sind die ersten Anschauungen schon wieder verschwommen, vielleicht vergessen.

Hierin könnte die Einführung des Films in die Hörsäle bedeutend Wandel schaffen. Es braucht wohl nicht betont zu werden, daß dadurch weder das belehrende Wort noch die lebendige Krankendemon-

Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

stration ersetzt oder verdrängt werden kann; nur Ergänzung, Ausfüllen von Lücken, Unabhängigkeit vom Material soll der Film bringen. Bleiben wir bei den obigen Beispielen: Die Katatonie wird besprochen. Einige Patienten sind vorgeführt, die psychischen Anomalien erörtert. Nun folgen einige 100 Meter Film: Stupor, Erregung, Stereotypien, Negativismus, Flexibilitas, Befehlsautomatie usw. usw., alles sieht der Schauende an Dutzenden von Fällen, in verschiedensten Arten und Formen, schweren und leichten Graden lebendig vor sich. Der begleitende Vortrag orientiert ihn schnell, besonders lehrreiche Stellen werden festgehalten, genau erörtert, auf Überraschungen wird er vorher aufmerksam gemacht, er begreift Zusammenhänge, sieht und erlebt die ganze Fülle der körperlichen Symptome dieser Krankheit. Oder an einem Sammelfilm leichter hebephrenischer Erkrankungen schult sich sein klinischer Blick unter sachkundiger Anleitung für die feinen ersten Anzeichen des Grimassierens, der Maniriertheiten, er erhält ein Auge für die Besonderheit des läppischen Lachens, des leeren, stumpfen Gesichtsausdrucks und Wesens solcher Kranken. Vielfach lassen sich weitere Beispiele anführen: Delirium, pathologischer Rausch, reizbares Wesen der Alkoholiker; die vielfältigen, mannigfachen, dem Kenner doch fast stets typischen Erscheinungen des Wesens bei einem Paralytiker, seine Euphorie, die heftigst gesteigerte motorische Unruhe, die Verblödung und körperliche Verkommenheit des Endstadiums; heitere Erregung, Beschäftigungs- und Rededrang des Maniacus, sein niedergeschlagenes, gedrücktes Wesen im depressiven Stadium.

Noch in anderer Hinsicht wären psychiatrische Filme lehrreich und eine bedeutende Verbesserung der bisherigen Lehrmethode. Nach den obigen Vorschlägen wären es Sammelfilme möglichst vieler Kranken mit den verschiedenen körperlichen Symptomen. Außerdem müßten auch Filme über einzelne Patienten angelegt werden, die die Krankheit des gleichen Patienten wochen-, monate-, möglichst auch jahrelang in typischem Fortschreiten verfolgen. Eine Paralyse, vielleicht gepaart mit Tabes, von den ersten kaum wahrnehmbaren körperlichen Symptomen, Lidflattern, fibrillären Zuckungen, Tremor, weiterhin Ataxie, Facialislähmung, ferner beginnender Veränderung im Wesen, mit Erregungszuständen, dann Euphorie, allmählicher Verblödung, Anfällen, delirantem Wesen, schließlich mit motorischer Unruhe, im Dauerbad mit Decubitus und zuletzt in totaler Verblödung vor dem Exitus — eine solche Paralyse in ihrer Entwicklung durch Monate und Jahre in einer Stunde im Film gesehen, lehrt mehr als eine Serie von Vorlesungen. Alle Untersuchungsmethoden, Blutentnahme, Lumbalpunktion, therapeutische Versuche usw. sind einbegriffen und werden gesehen, nicht nur gehört. Schriftproben, Auffälligkeiten der Sprache usw. lassen sich zwanglos in begleitenden Text einflechten. Das gleiche gilt

Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

von der Katatonie, von manisch-depressivem Irresein und vielem anderen. Besonders die Hysterie wäre ein äußerst dankbares Gebiet, zumal hier die verschiedenartigsten Heilversuche und Eingriffe, vor allem auch überraschendste Heilerfolge demonstrierbar wären.

Die Neurologie ist bisher stets im Lehrplan recht stiefmütterlich behandelt worden, und da eigene Kollegien diesem wichtigen Fach bei der schon bestehenden Überbürdung des Studierenden kaum in größerem Umfange gewidmet werden können, würde es wohl so bleiben. Auch hier ist der Film berufen, neue Bahnen zu weisen. Kurze, aber überreiche Stunden mit ausgesuchten, lehrreichen Lebebildern könnten mit sicherem Erfolg den Lernenden in diese Disziplin einführen und ihn mit Krankheiten, Untersuchungsmethoden und Therapien bekannt machen, die er jetzt nicht einmal dem Namen nach kennenlernt.

Es erscheint fast überflüssig, auf die vielfältige Verwendungsmöglichkeit des Films in der Neurologie noch besonders hinzuweisen. Erwähnt sei nur, daß gerade die dem Nervenarzt geläufigen Untersuchungsmethoden und die Symptome nervöser Erkrankungen dem Studenten in den seltensten Fällen wirklich bekannt werden, vom praktischen Arzt später kaum jemals richtig beachtet und gewürdigt werden. Wie leicht ist es aber, im Film beim Kolleg oder Fortbildungskurs systematisch eine genaue und lückenlose Untersuchung des gesamten Nervensystems mit allen seinen Reflexen, Reaktionen und Phänomenen an beliebig vielen geeigneten Fällen vorzuführen, zu zeigen, was eine schlaffe Lähmung, was Ataxie, was cerebellare Koordinationsstörung ist, wie spastisch-paretischer Gang aussieht usw. usw.

Insbesondere eignen sich natürlich diejenigen Zustandsbilder zu solcher Demonstration, die am Lebenden schwer oder gar nicht in den kurzen Kollegstunden vorzuführen sind, z. B. der epileptische, hysterische Anfall. Bei der Epilepsie ließen sich außerdem äußerst typische und unvergeßliche Bilder der charakteristisch veränderten Persönlichkeit aufnehmen. Die Hysterie bietet, wie schon erwähnt, ein weites Feld. Tic, Stottern, Abasie und Astasie mit den entsprechenden „Zauberheilungen", Zwangslachen, Schreikrämpfe und so vieles andere wären dankbare Objekte. Vor allem jedoch die verhältnismäßig seltenen, dabei so unendlich lehrreichen und wichtigen Bilder der Apraxie, der Paralysis agitans, der Chorea. Ferner Tetanus, Trigeminus-Neuralgien mit ihren furchtbaren Schmerzanfällen. Schließlich auch die mehr wissenschaftlich als praktisch interessanten Fälle der Athetose, des Torsionsspasmus, Wilsonscher Krankheit, Pseudosklerose, juveniler Paralysis agitans usf.

Endlich wären auch in der Neurologie zahlreiche Krankheitsbilder in ihrer fortschreitenden Entwicklung zu beachten, wie es schon oben dargelegt war. Viele der erwähnten Leiden lohnen solche Kenntnis,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

z. B. Beginn, Höhepunkt, Abflauen und Heilung einer Chorea. Spinale Kinderlähmung, progressive Muskelatrophie u. a. wären ebenso geeignet und lehrreich.

Bedeutend zu vervielfachen wären die Beispiele, die in der Psychiatrie und Neurologie, unzählbar fast sind die, die für die allgemeine Einführung des medizinischen Films in den Hörsaal sprechen. Es gibt so unendlich viele Krankheitsbilder, die man nur einmal gesehen zu haben braucht, um sie nie wieder zu vergessen. Aber so sehr viele Studenten und Ärzte haben sie eben noch nie gesehen. Und so kommen denn oft die beinahe rätselhaften Diagnosen und Prognosen zustande, die den Homo practicus mitunter in der Achtung seiner Patienten so arg herabsetzen. Also auch die Fortbildung des fertigen Arztes könnte durch Einführung des Films ungeahnten Aufschwung nehmen. Der allgemeine Drang des Publikums zum Spezialarzt, das Aussterben des Hausarztes könnte aufgehalten und für immer beschränkt werden, wenn im Film dem vielbeschäftigten praktischen Arzt die Möglichkeit gegeben würde, sich schnell und mit Aussicht auf Erfolg Fortschritte der Medizin anzueignen, zu deren Erlernung er jetzt weite Reisen, lange Kurse und Krankendemonstrationen nötig hat. Die Ärztevereinssitzungen könnten fruchtbringendste Arbeit leisten und statt Krankenkassenzänkereien wertvolle wissenschaftliche Fortbildung vermitteln. Scheitern doch bisher derartige Versuche stets an dem Mangel interessanten Materials und der Unmöglichkeit geeigneter Demonstrationen. Bleiben doch unendlich viele Ärzte deswegen rückständig, weil sie neue Methoden, neue Apparate, neue Behandlungsweisen nie sehen. Wie manche Lues wird noch durch unzulängliche Quecksilberkur verschleppt, nur weil der Arzt des kleinen Krankenhauses, abgeschreckt durch die widersprechendsten Veröffentlichungen, sich nicht mit der Technik der Salvarsaninjektion befreunden kann. Einmal oder einige Male im Film vorgeführt, wird sie ihm geläufig sein, ohne daß er große Mühe zu dieser Bereicherung seines Wissens aufwenden muß. Das gleiche gilt für die Anwendung neuer Instrumente, Hilfsmittel und Apparate verschiedenster Art, deren Verbreitung meist nur Unkenntnis ihrer Anwendbarkeit im Wege steht.

Voraussetzung für alles oben Gesagte ist das Bestehen des medizinischen Filmarchivs. Angenommen auch, jede Universitätsklinik, jedes große Krankenhaus, die wissenschaftlichen Vereine und schließlich auch besonders die ärztlichen Vereine in der Provinz besitzen einen übrigens verhältnismäßig billigen, kinematographischen Projektionsapparat. Es liegt klar auf der Hand, welche ungeheuere Bereicherung damit unser ganzes wissenschaftliches Arbeiten erhalten müßte.

In einer Klinik oder einem großen Krankenhause kommt zum Beispiel ein seltener, interessanter Fall zur Beobachtung. Es wird eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Veröffentlichung in Aussicht genommen. Zur differential-diagnostischen Sicherstellung läßt man sich aus dem Filmarchiv die gleichen und verwandten Fälle, die schon aufgenommen sind, kommen und schneller und eingehender als durch sorgsamstes Literaturstudium ist man nunmehr orientiert, zumal mit jedem Film die dazu gehörigen Krankengeschichten oder Veröffentlichungen mitkommen. Nun wird auch der eigene Fall kinematographiert. Steht schließlich die eigene Arbeit gedruckt, so kann jeder Leser, der besonderes Interesse an diesem Fall nimmt, in kürzester Zeit den beschriebenen Patienten im Film vor sich sehen, kann selbst beurteilen und sogar die übrigen in der Arbeit angeführten, schon früher gefilmten und veröffentlichten Fälle zum Vergleich sich vorführen. Aus eigenster Anschauung gewinnt also jeder einen klaren Überblick, dem es aus wissenschaftlichen Forsch- oder Lehrzwecken darum zu tun ist, während er bisher oft auf die reichlich subjektiv gefärbten Krankenblätter und Besprechungen angewiesen war.

Unsere bedeutendsten Forscher arbeiten zur Zeit an den Hirnverletzungen. Es steht zu erwarten, daß diese neuen Erfahrungen uns in der Erforschung der verschiedensten Hirnfunktionen wesentlich fördern werden. Diese Art Material ist — gottlob — nur eine vorübergehende Erscheinung, die entsprechenden Arbeiten hierüber werden jedoch noch jahre-, vielleicht jahrzehntelang die Wissenschaft befruchten und anregen. Ist es nicht Pflicht, möglichst viel dieser wertvollen Fälle festzulegen (was auch jetzt schon vielfach geschieht) und vor allem auch den weiten Kreisen hieran interessierter Ärzte, Psychologen, Lehrer usw. zugänglich zu machen, späteren Forschern auf dem gleichen Gebiet die Wege zu ebnen, indem sie die in der Literatur niedergelegten Fälle im Film selbst vor Augen sehen, im Lichte neuer Errungenschaften von anderem Gesichtspunkt aus die gleichen Patienten besprechen können?

Das gleiche gilt für die Kriegschirurgie. Es sei gestattet, kurz über den Rahmen der Arbeit zu schweifen: Als dieser Krieg vor der Türe stand, wurden in allen chirurgischen Hörsälen in fliegender Eile kriegschirurgische Vorträge gehalten. Was wurde geboten? Waffensammlungen wurden gezeigt, Patronen von 70/71, Bilder aus dem Balkankrieg, sonst nur Worte. Sehr inhaltsreiche und kluge, gewiß. Aber sie verrauschten in der Bewegung jener Tage, ohne rechten Nutzen zu stiften. Was für eine wunderbare Sammlung kriegschirurgischer Films von der richtigen Verwendung des Verbandpäckchens und anderen feldmäßigen Behelfsmitteln angefangen, über die Tätigkeit im Sanitätsunterstand und das Transportwesen, bis zum Feld- und Kriegslazarett ließe sich jetzt anfertigen. Solche Filme bei Übungen von Sanitätsoffizieren späterer Jahre oder vor der nächsten Mobilmachung vorgeführt, würden mehr lehren und wirken als alle Kollegien. Tausende

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwerwiegende Fehler tüchtiger, aber kriegsunerfahrener Feldärzte späterer Zeiten wären durch solche unsterblich gemachte Kriegserfahrung zu vermeiden.

Weiterhin könnte der medizinische Film uns in der Ausbildung des Personals, der Pflegerinnen, der Desinfektoren, Schwestern die wertvollsten Dienste leisten. Gerade hier, wo wir es mit theoretisch nicht oder wenig Vorgebildeten zu tun haben, ist der Vorteil praktischer Vorführung und eigenen Sehens noch viel ausschlaggebender. Nähere Ausführungen erübrigen sich hierüber.

Sodann wäre der medizinische Film auch für Examenzwecke unter Fortlassung aller Erklärungen äußerst brauchbar und sicher bald beliebt. Gerade die „Schnelldiagnosen", die von dem Wissen und geschulten Blick des Kandidaten am deutlichsten Zeugnis ablegen, sind nur zu verlangen, wenn Krankheiten zur Verfügung stehen, die der Arzt wirklich „auf den ersten Blick" erkennen muß. Daß dies nicht immer der Fall ist, hat schon mancher unliebsam empfunden. Auch hier könnten im Film stets ausgewählte Fälle reichlich zur Verfügung stehen, und der Examinator hätte den Vorteil, in wenigen Minuten auf den verschiedensten Gebieten praktische Aufgaben stellen zu können, deren Lösung ihm von der Befähigung des Prüflings, sei es Student, Schwester, Desinfektor, Irrenpfleger, Masseur, sofort ein klares Bild liefert.

Von größter Wichtigkeit ist sodann die Aufgabe, die dem künftigen medizinischen Film in der Volksaufklärung zusteht. Nach dem Kriege werden wir in weit erhöhtem Maße an der Erhaltung unserer Volkskraft, der Verminderung der Sterblichkeit, der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu kämpfen haben. Von Erfolg kann solche Arbeit nur gekrönt sein, wenn sie verstanden und bis in die tiefsten Schichten des Volkes gewürdigt wird. Was wäre wirksamer, den Laien in die grundlegendsten Begriffe der Hygiene, der Säuglingsfürsorge, der Kindererziehung einzuführen, ihn die immer noch verkannten Gefahren fürchten und meiden zu lehren, als der „Kientopp", zumal er hier, ohne zu ahnen, daß er belehrt wird, sich gut unterhält. Furcht vor venerischer Infektion verbreiten, den Nutzen zweckmäßiger ärztlicher Behandlung nach derselben beweisen, heißt Hunderte und vielleicht Tausende von Paralysen verhindern!

Zahllos sind die Themen auf verschiedensten medizinischen Gebieten, die solcher Bearbeitung fähig sind, und Millionen vorgeführt, wirkt jeder solche Film unweigerlich Gutes.

Aussichtsreich sind jedoch auch Aufnahmen, die direkt für Lehrzwecke, Kurse usw. hergestellt sind. Man denke nur an die Säuglings- und Kleinkinderpflege, erste Hilfe bei Unglücksfällen, Wiederbelebung Ertrunkener, häusliche Pflege ansteckender Kranker und viele andere

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufnahmen, für die Behörden und zahlreiche Vereine stets Interesse hätten.

Nicht außer acht zu lassen ist sodann, daß auch die Verbreitung medizinischer Apparate und Instrumente aller Art durch den Film auf ganz neue Grundlage gestellt würde. Jede neue Errungenschaft auf diesem Gebiete, sei es in den orthopädischen, in den elektrischen Apparaten, den feinen und feinsten Meßinstrumenten, sei es in den sinnreichen neuen Operationstischen, bei Fahrstühlen oder sonstigen einfacheren Hilfsmitteln, mag der neue Gedanke von einem Gelehrten ausgehen, mag eine Fabrik ein neues Patent auf den Markt bringen, zweifellos wird nach Einführung der Kinematographie in unsere Hörsäle und Gelehrtenstüben niemand mehr nach Katalogen und Anpreisungen kostbare Anschaffungen machen, sondern auch hier wird der Film die naturgetreue Wiedergabe des neuen Apparates in allen Anwendungsmöglichkeiten so vorführen, daß jeder nach eigenstem Urteil richten und aussuchen kann. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, daß ein künftiges Filmarchiv diesen Zweig medizinischer Propagandatätigkeit nicht außer acht läßt; denn aus dieser durchaus reellen und nur wünschenswerten Reklame ließen sich für das Archiv auch Einnahmen erzielen, so daß die hohen Unkosten bei den rein wissenschaftlichen Arbeiten vielleicht ausgeglichen würden.

Bedingung für ein gedeihliches Wirken eines solchen medizinischen Filmamts wäre natürlich, daß es von einem Arzt geleitet würde, und daß jedes Kinematogramm nicht nur nach rein wissenschaftlichen Gesichtspunkten aufgenommen würde, sondern daß auch jeder Film, der ausgeliehen oder verkauft würde, eine kurze Erläuterung des aufgenommenen Krankheitsbildes, insbesondere eine Mitteilung über die nicht grob sichtbaren Veränderungen, ferner Anamnese und kurzen Krankengeschichtenauszug gäbe. Bei veröffentlichten Fällen genügte ja Angabe der Publikation. — Die erste Aufgabe eines zu gründenden Filmarchivs wäre also zunächst Sammlung aller in Instituten, Kliniken und bei Privatgelehrten herumliegenden medizinischen Films aller Art, sodann Aufnahme der notwendigsten und aussichtsreichsten Bilderreihen für die Universitätslehrtätigkeit, im Laufe der Zeit immer lückenloserer Ausbau dieses Zweiges. Schließlich Einteilung des gesammelten und selbsterworbenen Materials nach den einzelnen Disziplinen, zunächst wohl in erster Linie Psychiatrie, Neurologie, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, jedoch auch Pathologie, innere Medizin, Augen-, Haut-, Ohrenklinik werden nach dem Vorgang anderer den Kinematographen kaum entbehren wollen. Bei geeigneter Werbetätigkeit wird seine Einführung auch bei Vereinen usw. nicht lange auf sich warten lassen, wenn erst seine Vorzüge für Lehr- und Forschertätigkeit Beachtung gefunden haben und das Bestehen des medizinischen Filmarchivs

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

überall bekannt genug ist. Bei einigermaßen reger Inanspruchnahme wären die Preise für Verkauf von Filmpositivs, Verleihung und eventuell Abonnement auf jeden neuerscheinenden Film so billig zu bemessen, daß hierdurch die Verbreitung und Einbürgerung des Kinematographen erleichtert würde.

Verbilligt würde der Betrieb auch dadurch, daß ein und derselbe Film in verschiedenster Art verwendbar wäre. Beispielsweise wird ein Unfallverletzter 1. beim ersten Notverband, 2. bei der Operation, 3. in der Nachbehandlung, 4. in der orthopädischen Behandlung, 5. bei der Arbeit mit Prothese aufgenommen. Der ganze Film ist für das chirurgische Kolleg brauchbar, ferner 1. für einen Kursus über erste Hilfe, 1., 2., 3. für Ausbildung von Schwestern usw., 4. und 5. für ein orthopädisches Kolleg, 2. für den Operationskursus, 4. für Unterricht in Massage usw. Eine ernsthafte Schwierigkeit, die jedoch durch entsprechende Einrichtungen schon beseitigt ist[1]), wäre höchstens die Wahrung der Asepsis bei Operationen gewesen, auf die natürlich strengstens geachtet werden muß.

Überblicken wir noch einmal die Vorteile, die sich aus der Einführung der Kinematographie und aus der Gründung eines Filmarchivs für die medizinischen Lehrer, Forscher und Lernenden ergibt: Der Universitätslehrer kann zeitraubende Erklärungen und Vorführungen durch den Film besorgen oder wenigstens ergänzen lassen, ist unabhängig vom augenblicklichen Krankenmaterial und verfügt stets über „typische Fälle", eventuell stehen auch dem Examinator wichtige Hilfsmittel zur Verfügung. Den größten Vorteil hat natürlich der Student, er sieht besser, er sieht mehr, er sieht genauer. Ferner überblickt er im Film ganze Krankheitsbilder mit allen Variationen und den ganzen Verlauf langer Leiden, statt wie bisher kurze Augenblicke von Spezialfällen. Der wissenschaftlich arbeitende Arzt hat Gelegenheit, unabhängig nach eigenem Augenschein sich sein Urteil über publizierte Fälle zu bilden, eigene Arbeiten lebendig jedem Interessierten vorzuführen. Der fertige Arzt kann durch Vermittlung wissenschaftlicher und Ärztevereine sich wenig zeitraubend über die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft, seines Spezialfaches, oder auch der medizinischen Technik und Fabrikation auf dem laufenden halten, kann Versäumtes schnell nachholen, Vergessenes auffrischen. Die Ausbildung medizinischen Unterpersonals würde für Lehrer und Lernende erleichtert, und das wirksamste Hilfsmittel für großzügige Volksaufklärung in medizinischen Fragen wäre geschaffen. Schließlich wäre auch ein Archiv von höchstem historischem Werte und Interesse für spätere Generationen errichtet.

---

[1]) Siehe v. Rothe wie oben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im vorstehenden sollten nur ,Vorschläge und Anregungen geboten werden, die den zweifellos bald einsetzenden Siegeszug des Films durch unsere Hörsäle vorbereiten und beschleunigen mögen.

Der systematische Ausbau des Gedankens wird vorbereitet, und die Art, wie er aufgenommen und bearbeitet wird, verspricht reichste Früchte zu tragen. Und dem Auslande gegenüber wäre die deutsche Wissenschaft und Technik wieder einmal im Vorsprung, wenn bei Wiederaufnahme freundschaftlicher Beziehungen mit den Hochschulen jetzt feindlicher und neutraler Staaten ein mit deutscher Gründlichkeit und wissenschaftlichem Ernst zusammengestelltes und geleitetes Filmarchiv seine Schätze in alle Welt verteilen könnte.

Nachtrag (13. Dezember 1918).

Seit der Einsendung der obigen Vorschläge „Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv" haben diese bereits feste Gestalt gewonnen. Bei der Kulturabteilung der Universum-Film-Aktiengesellschaft in Berlin ist ein wissenschaftliches Filmarchiv begründet worden, das die schon bestehenden, zu Lehr- und Fortbildungszwecken brauchbaren wissenschaftlichen Filme bereits teilweise angekauft hat. Ferner sind bereits eigene derartige Filme fertiggestellt, eine größere Anzahl in Vorbereitung. Der Ausbau des neurologisch-psychiatrischen Teiles dieses Filmarchivs wird in kürzester Zeit in Angriff genommen.

Zur Beurteilung der Ziele dieser Neugründung sei mitgeteilt, daß in engem Einvernehmen mit dem Kaiserin-Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin gearbeitet wird. Es ist geplant, eine Art Zensurstelle aus Vertretern des Ministeriums, der Universität, evtl. der einzelnen Spezialfächer, einzurichten, um die strenge Wissenschaftlichkeit jedes von der obengenannten Gesellschaft herausgegebenen Films zu garantieren.

Eine für Lehrzwecke äußerst wichtige Neuerung ist sodann der schon bekannte Vorführungsapparat mit Stillstandsvorrichtung. Hierdurch wird mittels eines Druckes auf einen elektrischen Knopf das Laufbild sofort angehalten, wodurch eine eingehendere Besichtigung und Erklärung besonders wichtiger und interessanter Stellen des Filmes ermöglicht wird. Auskunft über alle speziellen Fragen erteilt die obengenannte Gesellschaft, die auch in der nächsten Zeit schon in der Lage sein wird, das wissenschaftliche Filmarchiv zu Lehr- und Fortbildungszwecken zu eröffnen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Aus der psychiatrischen Klinik in München
[Vorstand: Prof. Dr. E. Kraepelin].)

Über akute paraphrene Angstpsychose.

Von
Dr. phil. u. med. **Alfred Šerko.**

(Eingegangen am 19. Oktober 1918.)

Auf Anregung meines hochverehrten Lehrers, Prof. Kraepelin, habe ich in den Jahren 1911 und 1912 eine große Anzahl von Krankheitsgeschichten paranoider Psychosen gesammelt und die Kranken womöglich persönlich nachuntersucht. Die wissenschaftliche Sichtung und Verarbeitung dieses Materials zog sich dann infolge anderweitiger Beschäftigung in die Länge und kam beim Ausbruch des Krieges gänzlich ins Stocken. Erst gegenwärtig ist es mir möglich geworden, die unterbrochene Arbeit wieder in Angriff zu nehmen und fortzusetzen. Dies möge mir zur Entschuldigung dienen, daß ich, trotzdem ich schon jahrelang der Psychiatrischen Klinik Münchens fernstehe, öffentlich als ihr Mitarbeiter auftrete.

Jeder, der sich intensiver mit paranoiden Psychosen beschäftigt und versucht hat, sich in dem „Wirrwarr der paranoiden Erkrankungen" zurechtzufinden, wird mir zugeben, daß die Schwierigkeiten einer Umgrenzung einzelner Krankheitsbilder und ihrer Gruppierung zu Krankheitseinheiten mit zunehmender Eindringung in diese Materie sich mehren und wachsen und schließlich eine Höhe erreichen, wo es scheint, als wäre jede Mühe vergeblich und mit gegenwärtig üblichen klinischen Methoden unmöglich Ordnung in das verwirrende Durcheinander von Krankheitsbildern zu bringen. Hat man sich mit Mühe durch ein paar Hundert von Krankheitsgeschichten hindurchgearbeitet, so bleiben einige Bilder in groben Umrissen in der Erinnerung haften, die sich von der übrigen Masse in irgendeiner Weise abheben. Sucht man aber dieses Etwas im einzelnen zu fixieren und klinisch festzunageln, so zerfließt es während der Analyse immer mehr und mehr und taucht schließlich im allgemeinen Chaos unter. Man hat die Empfindung, als wäre die Welt der paranoiden Psychosen etwas Bewegtes, Fließendes oder aber eine bunte Marmortafel mit zahllosen eingesprengten Flecken,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die man nach Belieben zu Gebilden gruppieren kann, ohne dazu irgendwie zwingend genötigt zu sein. Je nach dem Rahmen, den man sich gemacht hat, kann man einen Fall bald da bald dort unterbringen, bis man sich schließlich gestehen muß, daß die Einrahmung vom Rahmen und nicht vom Inhalt bestimmt wird. Die Welt der paranoiden Psychosen scheint eine in bunte Vielfältigkeit zersplitterte Einheit, welch letztere im Worte „paranoid" zum Ausdruck kommt. Ihre einzelnen Bilder sind wie die unzähligen Situationen im Schachspiel einander verwandt und doch nicht dasselbe und scheinbar genau so wenig wissenschaftlich faßbar wie diese. Wo immer man den Hebel ansetzt, um ein Bild aus der Masse aller übrigen herauszuheben, findet man unsichere rutschige Stützflächen. Sinnestäuschungen geben scheinbar eine solche so wenig ab wie die Art der Wahnbildung, die Reihenfolge der Symptome so wenig wie ihre relative Häufigkeit, der Verlauf der Erkrankung so wenig wie ihr Ausgang. Unter solchen Umständen ist es nicht zu verwundern, wenn die große Mehrzahl der Psychiater vorgezogen hat, die Vielgestaltigkeit der paranoiden Welt zugunsten ihrer Einheit zu übersehen und das ganze weite Gebiet im wesentlichen einheitlich als eine Domäne entweder der Paranoia chronica oder der Dementia paranoides aufzufassen. Die erste dieser beiden Richtungen, im Jahre 1878 von Westphal inauguriert, beherrschte bis zum Auftreten Kraepelins die Psychiatrie, nachdem sie allerdings durch die Aufstellung des Krankheitsbegriffes der Amentia eine Einschränkung ihres Machtbereiches erfahren hatte. Ihre Liquidation erfolgte durch die Aufstellung des Krankheitsbegriffes der Dementia praecox durch Kraepelin im Anschluß an Kahlbaum. Was früher Paranoia chronica geheißen, hieß jetzt Dementia paranoides. In allerletzter Zeit ist abermals ein Umschwung eingetreten, indem das Machtbereich der Dementia paranoides wieder zugunsten der Paranoia eingeschränkt und das Gebiet der paranoiden Psychosen im wesentlichen in zwei Provinzen geteilt wird, in die der Paranoia und in die der paranoiden Demenz[1]).

Durch diese Zweiteilung ist aber meines Erachtens der tatsächlich vorhandenen Mannigfaltigkeit noch nicht genügend Rechnung getragen und sind weitere Abgrenzungs- und Differenzierungsversuche eine klinische Notwendigkeit.

Ich bin mir der Schwierigkeit, die in dem Bestreben, aus den Zustandsbildern psychischer Erkrankungen auf ihr Wesen zu schließen, liegt, bewußt und verkenne durchaus nicht die Gefahr dem Irrtum zu verfallen, Symptomenkomplexe für Krankheitsformen zu halten,

[1]) Kraepelin selbst hat in letzter Zeit seinen extremen Standpunkt verlassen und gibt neben der D. paranoides eine Formgruppe, sog. Paraphrenien, zu. Die Mehrzahl dieser Paraphrenien deckt sich mit der Paranoia chr. anderer Autoren (Berger, Krueger, Banse u. a.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

glaube aber dennoch, daß das Hochsche Verzweifeln an der Möglichkeit einer weiteren klinischen Analyse und Abgrenzung einzelner paranoider Krankheitsbilder zu Krankheitseinheiten nicht am Platze ist und daß es gelingen wird, auch in diese Mannigfaltigkeit gegebener Tatsachen Ordnung zu tragen, wie das auf den übrigen Wissensgebieten mehr oder minder bereits gelungen ist. Ich schließe mich vollkommen Kraepelin an, wenn er, nachdem er auf die Verschiedenheiten paranoider Zustandsbilder und ihrer Verlaufstypen hingewiesen hatte, sagt: „Alle diese Unterschiede haben ohne Zweifel ihre klinische Bedeutung. Sie kennzeichnen in irgendeiner Weise den zugrunde liegenden Krankheitsvorgang, wenn auch nicht für sich allein, so doch in Verbindung mit anderen gleichzeitigen Merkmalen."

Was not tut, ist ein hinreichend großes Material, hinreichend genau und hinreichend lange Zeit beobachteter Krankheitsfälle.

In diesem Glauben an die Möglichkeit einer weiteren Differenzierung des einstens „uferlosen" Gebietes der Paranoia wage ich hiermit den Versuch einer Abgrenzung einer kleinen Anzahl von relativ seltenen Fällen als eigene Krankheitsform unter dem Namen der akuten, paraphrenen Angstpsychose.

Fall I. Spieß, Josef, lediger Schneider, geboren 1874.

Der Kranke arbeitete bis zuletzt als Flickschneider. Trinkt sehr selten ein Glas Bier. Vor etwa 3—4 Wochen klopfte er für das Deutsche Theater Teppiche aus und wurde bei dieser Gelegenheit von seinen Mitarbeitern, die er zur Arbeit antrieb, verprügelt. Seit dieser Zeit ängstlich, meinte, es komme jemand und erschlage ihn, oder das Haus brenne nieder. Am 31. I. nachts plötzlich ängstlich und aufgeregt, weckte seinen Wohnherrn, meinte im Abtritt sei es nicht sauber, man müsse sich die Sachen herrichten. Nahm eine Eisenstange und machte Licht. Glaubte, man wolle ihn und seinen Wohnherrn umbringen, habe so etwas gehört. Am Morgen meinte er, man wolle das Haus anzünden. Behauptete, der Sohn seiner Nachbarin bekomme 20 Mark, wenn er den Patienten erschlage. Die Frau Greil habe gesagt, er hätte Eisen gestohlen. Ging dann zu seiner Frau, stellte sie zur Rede, begab sich hierauf auf die Polizei, wo er die ganze Verschwörung anzeigte. Er wurde als gemeingefährlich geisteskrank der Klinik übergeben.

31. I. 1910 Aufnahme in die Klinik München.

Übermittelgroß, schmächtig, schlecht genährt. Eine genaue körperliche Untersuchung ist nicht möglich. Aufgefordert sich auszuziehen, wird der Kranke sehr unruhig, steht auf und eilt zur Tür, behauptet, man habe ihm nachts Salzsäure auf den Kopf gegossen, Morphium eingegeben, er lasse sich hier nicht untersuchen, er traue hier den Ärzten nicht, er sei ein Mitglied der Braunschweiger Krankenkasse und lasse sich nur von einer ärztlichen Kommission untersuchen. Er verlange seine Entlassung, und zwar sofort . . . Als der Arzt Anstalten macht zur Untersuchung zu schreiten, gerät der Kranke in hochgradigste Angst, beginnt zu schreien, zittert am ganzen Körper, Angst prägt sich auf seinem Gesicht aus, so daß von einer körperlichen Untersuchung Abstand genommen werden muß.

In Ruhe gelassen, beruhigt er sich allmählich und gibt dann folgende Anamnese:

Unehelich geboren. Die Mutter sei sehr nervös gewesen, man habe sie „die närrische Berta" genannt; sie befinde sich in der Kreispflegeanstalt zu Freiburg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ob sie zur Zeit noch lebt, könne er nicht sagen. Er sei ihr einziges Kind. Im Alter von 10 Jahren kam er in eine Zwangserziehungsanstalt für sittlich verdorbene Kinder, wo er etwa 4 Jahre verblieb. Später erlernte er Schneiderei. Als armer Handwerksbursche kam er weit herum, arbeitete in den verschiedensten Städten und sei seit etwa 10 Jahren als Flickschneider in München ansässig. Wegen Sprachfehler (Stottern) und Nervosität militäruntauglich. Nie Krampf- oder Ohnmachtsanfälle, näßte nie ins Bett. Besuchte die Schule sehr unregelmäßig. Kein Trinker, nie geschlechtskrank.

Patient macht im allgemeinen den Eindruck eines Menschen, der wegen seiner Debilität und Gutmütigkeit viel zum Narren gehalten worden ist.

Nach dem Grund seiner Einlieferung in die Klinik gefragt, gibt er in hastiger, stotternder, sich überstürzender Sprache wörtlich folgendes an: „Bei der Hausmeisterin bin ich angefeindet worden von der Frau Roit und von der Frau Greil, die haben über mich bei der Hausfrau geschimpft; daraufhin ist mir die Wohnung gekündigt worden. Aufgenommen haben sie mich später doch, aber gesteigert. Und ferner hatte die Frau Greil gesagt, daß ich im Eisenladen von Schwarzenberg Eisen gestohlen haben soll, aber ich habe dieses Eisen bezahlt, es muß sogar in meinen Papieren ein großer Revers drinnen sein, und ferner hat mich am gleichen Tage, als ich eingeliefert worden bin, hat mich der Hans Greil bedroht mit dem Totschlagen und meine Musterkiste — da sind um 150 Mark Muster drin — er hat gesagt, er gießt mir Benzin oder Petroleum in die Musterkiste und zündet es an, daß die Muster verbrennen, und dann ist die Frau Greil wiedergekommen und hat zu weinen und zu jammern angefangen, sie gibt mir 20 Mark, indem sie die Geschichte von Schwarzenberg ausgestreut hatte, und da hab' ich dem Tiez einen Vertrag schreiben lassen, also der Vertrag geht hinaus, daß sie im Falle — es schwebt noch eine Verhandlung — also daß sie mit einer geringen Strafe davonkommt, und muß mir einen Anwalt stellen, weil ich mich schlecht verteidigen kann, wann es was gibt, dann bin ich auf die Station gegangen und habe um meine Sache und um mein Leben um Schutz gebeten, daß mein Eigentum vollständig gesichert ist und mir nichts abhanden kommt, und erst auf die Nacht ist ein Schutzmann gekommen, und hat sie mit dem Schutzmann verhandelt und hat mich dann durch den Schutzmann gewaltsam abführen lassen auf die Station in die Ganghoferstraße."

Der Kranke gibt nun an, daß er durch die Zimmerdecke höre, wie die Nachbarsleute über ihn reden: „Der wird hinausgeschmissen, denn der könnte uns aufbringen, indem er so alles hört droben." Er (Patient) habe am Montag früh von 4—5 Uhr dem ganzen Haus das Leben gerettet durch seine Wachsamkeit. Er habe nämlich an diesem Tage in der Früh plötzlich an der Wand ein Wischen gehört, dann hörte er, wie sie sprachen: „Da ist die Uhr, und da ist dem Schneider sein Kopfpolster, da hauen wir ein Loch durch, und ich habe den Revolver so da, den Schneider erschieß' ich. Dann machen wir das Loch größer, daß wir hineindringen können. Du steigst zuerst hinein, dann komm ich, denn mich kennt er so, denn ich hab' so das Turnsackel an. Da gehen wir her und geben in die große Lampe Benzin ein und zünden die Lampe an, daß sie explodiert, und daß es zerreißen muß, daß das Haus explodiert und niederbrennt, den Tiez müssen wir auch erschlagen."

Der Kranke behauptet nun plötzlich, der Tiez sei schon erschlagen, er liege im hinteren Theaterhof, hinter der Bühne, dort müsse der Brunnenschacht aufgemacht werden, indem jetzt schon mehrere Leichen drinnen liegen.

Woher wissen Sie, daß Tiez tot ist? „Ich habe die ganze Nacht gebetet, er ist mir geistig vorgekommen heute um 5 Uhr und hat gesagt, ich soll für ihn beten, er sei aufgehängt worden durch ein Komplott."

Wer sind diese Leute? „Da ist zuerst der Lukas Dick, Tapezierermeister,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann die Frau Greil, dann der Hans Greil, der Taugenichts, der den Richter machte beim heimlichen Gericht im Deutschen Theater, dann der Schmied Sepp, der Schlosser, der mich niedermachen wollte."

Und wen haben diese Leute umgebracht? „Den Georg Jäger, den Metzger Biller, den Polizeikommissär von der Ganghoferstraße und den Tiez, seinen Wohnherrn."

Warum? „Lukas ist Freimaurer, es sind alle Freimaurer, die haben ein heimliches Gericht abgehalten, ein Femgericht im Hinterhof des Deutschen Theaters."

Woher wissen Sie das? „Das weiß der Krankenwärter auch, das ist mir durch ein Wispeln oder eine Stimme gesagt worden."

Woher kam die Stimme? „Die kam von der Bettstätte, plötzlich hat es geheißen: Josef, ich bin umgebracht, und der Süß Hans und der Kommissär und der Metzger. Der Metzger Biller hat im letzten Moment die Karte herausgezogen, die du gestern geschrieben. Die Stimme ist Wahrheit, ich schwöre 100 Eide drauf."

Wie war die Stimme? „Die war so flüsternd."

Haben Sie auch was gesehen? „Eine Gestalt, die mir das zugeflüstert hat, und dann ist sie wieder verschwunden. Die hat gesagt: Josef, ich danke dir."

Wie hat die Gestalt ausgesehen? „Klein, im dunklen Gewand, der Krankenwärter hat es auch gesehen."

Haben Sie dabei Angst gehabt? „Plötzlich ein Angstgefühl, bis es plötzlich zu reden angefangen hat."

Seit wann hören Sie Stimmen? „Das ist schon seit 8—14 Tagen."

Der Kranke gibt ferner an, daß die Stimmen meist nachts, zwischen 3—5 Uhr früh, auftreten, daß es sich dabei meist darum handle, ihn aus der Wohnung zu schmeißen, daß die Stimmen männlich seien und durch den Plafond zu kommen scheinen. Es habe sich eine Verschwörung gebildet, um ihn und seine Freunde umzubringen und das Haus niederzubrennen. Dies seien Freimaurer, die ihn aus lauter Schadenfreude ruinieren und schädigen wollen. Das wisse er von den Stimmen.

Der Kranke stottert infolge seiner Aufregung derart, daß es oft eine geraume Weile dauert, bis er einen Satz herausgebracht hat, dabei ist er sehr umständlich, weitläufig, verliert sich in Nebensächlichkeiten, spricht sehr hastig, möchte alles auf einmal sagen.

4. II. Der Kranke behauptet einen Bandwurm gehabt zu haben, der gestern abends beim Stuhlgang abgegangen sei. Der Krankenwärter sei dabei gewesen und habe gemeint, so einen großen Bandwurm hätte er noch nie gesehen. Nun fühle sich der Kranke freier im Bauch.

Nachts, um die zweite Stunde, habe er im Saal kleine Männchen um sein Bett gehen sehen, dann habe er einen Stich ins Rückenmark und in die Schulter verspürt und sei deswegen aus dem Dusel (Halbschlaf) aufgewacht. Ferner habe er Stimmen gehört, die aus dem anstoßenden dunklen Raum kamen. Auch habe er schwere Schritte im Nebenzimmer gehört. Die Stimmen hätten gesagt: „Da liegt er, da schleich hinaus Lukas, stich hinein, daß er gleich tot ist." Man habe ihm nachts Salzsäure in die Ohren gegossen, er finde hier überhaupt keine Ruhe und habe doch niemandem etwas getan. Alle diese Sachen machten die Verschwörer: der Süß, der Lukas, der Greil Hans und der Noe. Heute habe es geheißen: „Noe, komm nach und haue ihm das Messer hinein." Die müssen einen Schlüssel haben und kommen nachts durch die Abteilung. „Da muß etwas vorgehen, Herr Doktor, ich habe ein Vermögen, und dieses will man mir wegnehmen." Der Kranke beginnt zu weinen.

7. II. Hat sich beruhigt, ist freundlich, zugänglich, sagt spontan, es gehe ihm besser, es sei ihm jetzt viel leichter. An seinen Wahnideen hält er fest. Keine katatonen Züge.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11. II. Mit der Diagnose: Psychogener Erregungszustand eines Imbezillen in die Kreisirrenanstalt Eglfing überführt.

Heil- und Pflegeanstalt Eglfing. Geht am 11. II. 1910. Haus III zu.

16. II. Läppisches Wesen, sehr wechselnde Stimmung, oft zutraulich freundlich, erzählt, wie schrecklich es ihm in der Klinik gegangen. Dreimal habe man ihm dort das Rückenmark abgeschlagen, so daß er ein Krüppel geworden sei. Dann wieder gereizt, schreit, schimpft, man spritze ihm Gift ein, wolle ihn umbringen.

25. II. 1910. Behauptet, gestern sei ihm wieder das Kreuz abgeschlagen worden. Erzählt, daß er der außereheliche Sohn eines reichen Fabrikbesitzers sei (Papierfabrik); die Fabrik sei eine Million wert, er sei zum Universalerben eingesetzt gewesen und, damit man sein Vermögen einstecken könne, versuche man ihn umzubringen. Seine stotternden Ergüsse und läppischen Gestikulationen haben stets etwas Drolliges. Auch gelingt es merkwürdig leicht, ihn zum Lachen zu bringen, selbst wenn er die schrecklichsten Verfolgungen, denen er ausgesetzt sei, vorbringt. Bei den Visiten verfolgt er stets die Unterredungen des Arztes mit den anderen Kranken, lacht, spricht hinein, macht Witze.

27. II. 1910. Behauptet, die Pfleger trügen falsche Namen, bezeichnet einen Kranken als einen ihm bekannten Herrn namens Greil. Der Arzt meine es gut mit ihm und wolle ihm helfen, sei aber nun auch der Verfolgung ausgesetzt.

2. III. 1910. Erzählt, daß er in München in einer Räuber- und Anarchistenhöhle gewohnt habe. Da seien lauter Banditen gewesen. Wenn er hinauskomme, wolle er die Sache einmal umgekehrt machen und jeden, der ihm zu nahe komme, das Kreuz abschlagen. Muß dann selbst lachen über diese Drohung, die in einem komischen Kontrast mit seiner Persönlichkeit steht.

11. III. 1910. Bei Morgenvisite unruhig, schreit, schimpft, behauptet, sein Nachbar habe ihm Arsenik ins Bett geschüttet. Muß aber dazwischen doch wieder lachen, als ihn der Arzt nicht ernst nimmt und ihm zuredet. Erklärt: Ich habe jeden entziffert, wie sie hier sind, es ist halt so, wenn man das kann, ich hab' diese Gabe.

Einen neben ihm liegenden Kranken bezeichnet er als eine bessere Persönlichkeit, einen anderen auch, aber er gehört einem Bunde an, der unversöhnlich ist, ein Zirlindier.

Vom Pfleger sagt er: Den hab' ich schon früher gesehen, ich hab' einmal 8 Tage Stadelheim gehabt, da hab' ich einem die Schere hineingehaut, einem grimmigen Kerl, der auch gehetzt hat, vor $5^1/_2$ Jahren, da war der da Aufseher in Stadelheim. Einen anderen Pfleger beschreibt er: Den hab' ich schon gesehen im Kleidergeschäft S., das sind eben alles Verfolgte, werden verfolgt von den Sumiten und Judizien. Die Judizien sind Menschenhändler, die haben eine Sekte gebildet. Hier sind nur zwei Häuser, wo richtige Leute sind, das andere gehört alles zu den Sumiten. Vom Arzt erklärt er: Sie sind selbst verfolgt, weil Sie den Leuten noch einigermaßen geholfen haben, ich entziffere es.

14. III. 1910. Liegt meist zu Bett, die Luft müsse das Gift aus seinem Körper ziehen.

15. III. 1910. War nachts unruhig, suchte den Wachpfleger anzugreifen. Erklärt heute: Wenn ich nur einen Gummiknüttel gehabt hätte, so wäre ich des Nachtwächters schon Herr geworden.

16. III. 1910. Erklärt, es seien viele Gifte, die man ihm beigebracht habe, z. B. Nitroglycerin, Cyankali, Strobantin und Arsenik.

24. III. 1910. Gestern abend sehr aufgeregt, schreit, reißt sein Bett heraus, versucht Matratze aufzureißen. Behauptet, er müsse das Arsen aus dem Bett bringen. Muß versetzt werden, wehrt sich gegen die Verbringung sehr energisch, schimpft: Mörder. Heute ruhiger, spricht stotternd, die hätten ja den ganzen Tag Zauberei getrieben, ihm das Herzleiden verschlechtert, ihm ins Herz gestochen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

21. IV. 1910. Ist jetzt im ganzen ruhig, schreit nur hier und da einmal. Auf Befragen gibt er an, daß er keine Stimmen höre, er müsse sich wehren, es heiße immer, er solle hingerichtet werden, er solle ins Dauerbad geschmissen werden, er solle nach Japan verkauft werden, denn er sei katholisch. Auf weiteres Befragen erklärt er, daß er in Haus III elektrisiert worden sei.

16. IV. 1910. Schimpft hie und da vor sich hin. Sonst ruhig, behauptet, die Mauern seien aus Menschenblut gemacht sowie aus faulen Kartoffeln und Menschenknochen. Das habe der Prinzregent getan, um den katholischen Glauben aus der Welt zu schaffen. Das Haus Wittelsbach habe seinen Fluch in alle Ewigkeit. Das Haus zerfalle in Trümmer, sobald der letzte Christ das Haus verlassen habe, überhaupt das ganze Eglfing.

Denn Eglfing ist kein herin
Es ist um bloß des Staatsruin.

20. VII. 1910. Macht zeitweise, namentlich nachts, noch immer Spektakel, schreit gerade hinaus, glaubt, er sei gar nicht mehr da, das Essen sei alles gestohlen, das Haus falle ein, die Welt gehe unter, man bringe ihn um. Im übrigen harmlos und gutmütig.

1. VIII. 1910. Unverändert, wird heute nach Konstanz übergeführt.

Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Aufgenommen 2. VIII. 1910. Wird von zwei Begleitern hierher verbracht. War unterwegs ruhig. Patient ist nicht orientiert, er sei jetzt in Paris auf dem Westbahnhof, er habe einen Zug daher begleitet. Redet ganz konfuses Zeug, stottert dabei sehr. Ist auch zeitlich nicht orientiert. Über seine Vorgeschichte macht er im ganzen dieselben Angaben, wie sie in den voranstehenden Krankengeschichten enthalten sind.

5. VIII. 1910. Hält sich äußerlich im ganzen geordnet. Ab und zu schimpft er ganz konfus. Er gehöre nicht hierher, er sei nur gebrochen. In München habe man ihn verbrennen wollen. Hat auch Größenideen, er sei ein Millionärssohn.

12. VIII. 1910. In seinem Wesen recht blöde. Ist nicht orientiert, verkennt seine Umgebung. Zeitweise zornig erregt, schimpft.

25. VIII. 1910. Keine Änderung, arbeitet auf dem Holzplatz, hält sich dabei ordentlich.

2. X. 1910. Hält sich im ganzen ordentlich, sobald man ihn aber anredet, fängt er gleich an, ganz verworren zu schimpfen. Er sei Zarastron der Teufel.

20. XI. 1910. Wurde in der letzten Zeit häufiger zornig gereizt und erregt. Wurde auch drohend.

2. II. 1911. Wird häufig sehr erregt, gestikuliert mit den Händen, er sei Zarastron, Zuchthausdirektor von Berlin, bringt allerlei Konfabulationen vor. Redet sich meist immer mehr in einen Affekt hinein. Beruhigt sich aber in der Regel meist bald.

12. IV. 1911. In der letzten Zeit meist ruhig, hilft auch ab und zu mit; gelegentlich wird er erregt, bringt dann unter lebhaften Gestikulationen und unter lebhaftem Affekt allerlei Konfabulationen vor.

22. IV. 1911. Ab und zu gegen Wärter gereizt, meint, die wollen ihm das Essen nehmen.

22. V. 1911. Im ganzen unverändert.

12. VI. 1911. Äußert immer dieselben schwachsinnigen Ideen, er sei Gefängnisdirektor. Konfabuliert allerlei.

22. VIII. 1911. Im ganzen unverändert. Er heiße jetzt Braun.

2. X. 1911. Bringt immer dieselben konfusen Konfabulationen vor. Bald ist er Zuchthausdirektor, bald Gutsbesitzer, dann heißt er wieder Braun. Ist recht konfus. Oft sehr laut und gereizt.

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

14. X. 1911. Heute nach Emmendingen übergeführt. Diagnose: Demenz.

Heilanstalt bei Emmendingen. Aufgenommen 14. X. 1911.

Bett. Auffallender Idiotentyp. Poltert alsbald los mit monotonen Konfabulation, Alteroägrotismus, Selbstwidersprüche, abenteuerliche, sich gegenseitig vielfach absolut ausschließende Daten. Sei Sergeant, habe bei Wissmann gedient; sei Schneider; sei Pfarrer, evangelischer; habe in Stockholm Schwedisch studiert. Sei Zuchthausaufseher gewesen, habe auf dem Priesterseminar studiert. Sei in Illenau Wärter gewesen.

Zeitlich unklar (April 1913).

Will Lateinisch und Griechisch können. Bringt aufgeschnappte Litaneitorsi.

Kopfrechnen schwach.

Fürchterlicher Lärm und Herumfuchteln.

Glaubt, daß der Arzt eigentlich der Minister sei und hier versklavt sei, begrüßt ihn als Leidgenossen.

November 1911. Von Zeit zu Zeit furchtbarer Entrüstungslärm, mit enorm zerfahrener megalomaner Färbung, scheint sich dabei tatsächlich sehr zu erregen (Blässe).

9. III. 1912. Fleißiger Hausarbeiter, stets für sich. Er heiße nicht Spieß, sondern Braun. Wünscht mit letzterem Namen angeredet zu werden. Vor 8 Tagen Zank mit einem anderen arbeitenden Kranken, sinnloses Schimpfen, Schaum vor dem Munde. Beruhigung nach Entfernung seines Partners. Grund: Wollte allein in der betreffenden Abteilung schaffen.

Februar 1913. Fleißiger Hausarbeiter, produziert zeitweise konfuse Größenideen, scheint viel in Tirol und Vorarlberg gereist zu sein. Ist Besitzer der Fliegenden Blätter (Braun & Schneider). Einmal ist er Oberzollinspektor, dann Kronprinz von Bayern und ehemaliger Reichskanzler in einer Person. Aus geringem Anlaß dröhnende Schimpfexzesse, sonst harmlos.

1915. Unverändert, von Zeit zu Zeit die alten Erregungen.

1916. Meist euphorischer Stimmung, die wohl bedingt ist durch seine paranoiden Ideen. (Der Kranke hält sich für den Polizeipräsidenten von Hannover.)

1917. Unverändert. Kindlich harmlos. Nur gelegentlich Schimpfexplosionen, die durch das heftige Stottern des Kranken grotesk wirken.

Herbst 1918. Spontane Erregungszustände in letzter Zeit recht selten. Auch auf die Anrede mit seinem richtigen Namen reagiert der Kranke nicht mehr mit seinem früher erregten Schimpfen, sondern erklärt mehr oder weniger ruhig, daß der Spieß sein Angestellter sei. Er selbst sei Schneidermeister und Kriminalgendarm in München.

Fleißiger Arbeiter

Zusammenfassung: Ausbruch der Krankheit akut im 36. Lebensjahre mit Angst, die einige Tage anhält und sich in Befürchtungen ganz vager Natur (man wolle ihn erschlagen, das Haus brenne nieder) kleidet. Hierauf plötzliches Anschwellen der Angst unter bestimmteren Gedankengängen: der Sohn der Hausfrau wolle ihn erschlagen, habe bereits das Eisen gestohlen usf. Der Kranke trifft Gegenmaßregeln, macht nachts Licht in seinem Zimmer, bewaffnet sich, stellt Personen zur Rede und sucht schließlich Schutz auf der Polizei. Die wahnhaften Befürchtungen verdichten sich nun rasch zu einem phantastischen Wahnsystem, wobei Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nebst Sinnestäuschungen (Stimmen) in den Vordergrund treten. (Ein ganzes Komplott von Feinden habe sich gebildet, er habe mit ihnen verhandelt und einen Vertrag abgeschlossen.) Die Stimmen drohen mit Vernichtung durch Benzinexplosionen und Revolverschüssen. Geistige Eingebungen sagen dem Kranken, daß der und der bereits tot sei und an einem ganz bestimmten Platze begraben liege. Der Wahn wird immer phantastischer, es schießen neue, mit dem Wahnsystem nicht im Zusammenhang stehende Erinnerungsfälschungen auf (Bandwurm), Halluzinationen und Sensationen nähren den Wahn, die Angst erreicht die höchsten Grade, dann, nach wenigen Tagen, tritt Beruhigung ein.

Während des Paroxysmus hastiges Wesen, heftige Unruhe, Rededrang bei ungetrübtem Bewußtsein und erhaltener Orientierung. Beim Nachlassen der Angst Zugänglichkeit, Ansprechbarkeit und Fähigkeit, sich zusammenhängend zu äußern. Fehlen jeglicher Verschrobenheit und sonstiger katatoner Züge.

Nach dem Abklingen der akuten Phase etabliert sich ein paraphrener Zustand mit residuären Wahnideen unter chronischer Neuproduktion von solchen auf Grund von Sensationen, Halluzinationen und Erinnerungsfälschungen. Ungemein rasch tauchen vage Größenideen auf. Später beherrscht allo- und autopsychische Desorientierung das Feld. Von Zeit zu Zeit kommt es zu heftigen motorischen Entladungen. Ungeheuerliche Wahnideen werden geäußert, es kommt zu Wortneubildungen und zur raschen Zersetzung des Wahnsystems (innerhalb eines Jahres).

Fall 2. Saller, Josef, verheirateter Taglöhner. Geboren 1865.

Vorgeschichte. Patient kam im November 1908 von Osterhofen nach Feldmoching, wo er eine Anstellung als Besorger eines kleinen Anwesens fand. Er hatte als solcher Bierflaschen zu füllen und das Bier zu den Kundschaften zu bringen. Soll dabei sehr viel Bier und Schnaps getrunken haben und die Familie verelenden lassen. Die Frau soll einen schwachsinnigen, die Kinder einen stupiden Eindruck machen. (Von anderer Seite werden diese letzteren Angaben bestritten.)

Im März 1909 wurde er auffallend. Er erzählte, eine Bierkundschaft habe ihn mit einem Gläschen Schnaps vergiften wollen. Im Sommer, als das Biergeschäft nicht besonders glänzend ging, beschuldigte er seinen Nachbarn Schrumpf, ihm am hellichten Tage 200 Ziegelsteine gestohlen zu haben. Er wurde deswegen vor den Bürgermeister zitiert, sprach aber dort einen solchen Unsinn zusammen, daß er für geisteskrank angesehen und laufen gelassen wurde.

Ende September ging ihm ein elendes, halb verhungertes Roß zugrunde. Auf das hin beschuldigte er den Nachbarn, ihm das Roß vergiftet zu haben. 14 Tage später bedrohte er die Frau des Nachbarn mit dem Erstechen, warum, gab er nicht an. Er erzählte herum, der Nachbar Schrumpf hätte einen Leichnam 2 Tage lang in einem Schubkarren in seinem Hofe versteckt gehalten. Wurde immer auffallender, ging wie verloren mit stierem Blick umher, schaute seine Nachbarn mißtrauisch an, arbeitete nichts, trank viel. Die Sache verdichtete sich immer mehr. Das ganze Dorf ging auf seine Ideen ein, man sprach von einem Mord. Patient machte Anstalten die Ortschaft zu verlassen, verlud seine Möbel, ging aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorher noch nach München und erstattete bei der Staatsanwaltschaft folgende Anzeige:

Mein Vorgänger auf dem Anwesen Haus Nr. 30, Josef Grill, Bauer aus der Gegend von Osterhofen, ist vor etwa $1^1/_2$ Jahren verschwunden. Man sagte, er sei mit einer Kellnerin nach Amerika, doch glaube ich das nicht. Ich bin vielmehr der Überzeugung, daß Grill in Feldmoching sein Leben verloren hat und in einer Kiesgrube in der Nähe meines Anwesens vergraben wurde. Grill soll damals 2—3000 Mark Geld gehabt haben.

Als Täter kommen nach meiner Überzeugung in Betracht mein Nachbar Fritz Schrumpf und dessen Ehefrau Marie. Die Ehefrau Schrumpf hat mir gegenüber öfters Andeutungen über das Verschwinden des Grill gemacht. Möglich ist, daß auch andere bei dem Morde beteiligt waren. Da Schrumpf ein gefährlicher Mensch ist und ich dessen Nähe fürchte, falls er von meiner Anzeige Kenntnis erhält, bitte ich den Betreffenden nichts davon merken zu lassen, daß die Anzeige von mir herrührt. Weiteren Aufschluß zu geben vermag der Brauereibesitzer Xaver Trost in Damenstift. Gez. Saller.

Auf diese Anzeige hin wurden umfassende Recherchen angestellt, die natürlich zu einem völlig negativen Resultat führten. Am 24. X. brachte Pat. sein Hab und Gut auf den Bahnhof, kam aber wieder ganz verstört ins Dorf gelaufen und erzählte, der Nachbar Schrumpf habe mit einem Gewehr auf ihn gezielt. Lief in seiner Angst zum Pfarrer. Fuhr dann nach München, ging dort zu seinem Onkel (einem Wirt), erzählte in heftiger Angst, man wolle ihn erschießen, bei der Nacht hätte man in seine Wohnung geschossen, ein Bauer werde vermißt, man habe ihn umgebracht, 50 Leute seien draußen in Feldmoching, eine ganze Räuberbande, man habe Menschen geschlachtet, man wolle auch ihn umbringen, er habe einen toten Arm ausgegraben.

Am 25. X. erschien er wieder in München beim Onkel, traute sich nicht heim, meinte, er werde umgebracht. Übernachtete beim Onkel, begann nachts plötzlich zu schreien, meinte, seine Verfolger drängen bei der Tür mit Messern und Revolvern bewaffnet in sein Zimmer, schrie fürchterlich um Hilfe, wollte zum Fenster hinaus.

Der Onkel brachte ihn in der Frühe mit dem Automobil nach Feldmoching und veranlaßte seine Verbringung zur Polizei.

Psychiatrische Klinik München. Aufgenommen 26. X. 1909. Gemeingefährlich eingewiesen.

Trinkergesicht. Klein, etwas heruntergekommen. Pupillen in Ordnung. Tremor der Zunge und der Finger. Keine Neuritis. Kein Romberg. Reflexe normal.

Eigene Exploration am 27. X. 1909. Ängstlicher, hastiger Stimmung. Klar, geordnet, allseitig tadellos orientiert, gibt willig und ausführlich Auskunft, fällt sonst nicht weiter auf, ist namentlich frei von Verschrobenheiten der Haltung und des Benehmens, spricht mit tiefem, natürlichem Affekt und großer innerer Überzeugung. Wird zeitweise in seinen Ausführungen drängend und sich überstürzend, ist lebhaft bemüht, den Ref. von seinen Angaben zu überzeugen. Berichtet:

Im Juni 1909 ersuchte ihn seine Nachbarin, Frau Schrumpf, aus einer Grube Sand auszuwerfen. Als er mitten in der Arbeit sich befand, meinte die ihm zuschauende Nachbarin, er solle an einer bestimmten Stelle den Sand nicht anrühren, lieber frischen von der Grubenwand loslösen, denn sonst könnte er noch was erleben. Er führte aber trotzdem den Spaten in die von der Nachbarin erwähnte Sandstelle ein, als plötzlich ein nackter, starker, männlicher Unterarm in fast noch frischem Zustande zum Vorschein kam. Pat. erschrak heftig, die Nachbarin wurde aber totenblaß, zog plötzlich aus der Tasche so etwas wie einen Revolver

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und drohte dem Pat., daß falls er jemandem was davon erzähle, was hier soeben vorgefallen, er und seine Kinder zu Leichen gemacht werden. Pat. ließ die Arbeit bis in das Innerste erschüttert stehen und lief davon.

Seit dieser Zeit lebte er in steter Angst, daß man ihn umbringen werde, schlief nachts schlecht, das um so mehr, als er bald allerlei bemerkte, was ihn ernstlich beunruhigte. So wurden ihm nachts Fensterscheiben eingedrückt, die Fensterbänder ausgeschraubt. Er wachte ganze Nächte. Sooft er tagsüber der Nachbarin begegnete, sagte sie ihm ins Gesicht: das Geheimnis muß verschwinden. Sie meinte damit ihn, den Mitwisser des Geheimnisses. Nachts wurden auf seinen Haushund Steine über den Hauszaun geworfen, deshalb stand Pat., sooft er den Hund bellen hörte, mit einem Gewehr am Fenster und wachte die ganze Nacht. Bei solchen Gelegenheiten hörte er hinter dem Gartenzaun menschliche Stimmen, sah menschliche Gestalten, erkannte aber niemanden und konnte auch die Rede nicht verstehen. Doch handelte es sich zweifellos um ihn, um den Wisser des Geheimnisses — man trachtete ihm einfach nach dem Leben.

Eines Nachts sah er seinen Nachbarn, wie er sich bei der Sandgrube zu schaffen machte, wie er etwas heraushob und unter einen Baum, in ein Loch, das er in der Erde gegraben hatte, versenkte. Dabei verbreitete sich ein intensiver Leichengeruch. Pat. konnte das Geheimnis unmöglich für sich behalten, es drückte ihn zu schwer. Er offenbarte sich zuerst dem Pfarrer, dann der Frau eines Professors, und zuletzt einer Nachbarin. Der Pfarrer riet ihm, sich an den Staatsanwalt zu wenden. Auf das ging er ins Bezirksamt und brachte seine Sache vor. Dort wies man ihn an die Staatsanwaltschaft.

Nun ging er noch am selben Tage (Ende Juni bis Anfang Juli) zum Staatsanwalt, den er mit gefalteten Händen bat, ihn zu beschützen, er könne sich nicht mehr halten, er wisse um ein Geheimnis, er dürfe es aber nicht verraten, da er sonst erschossen werde. Der Staatsanwalt beruhigte ihn, riet ihm nach Hause zu gehen, er, der Anwalt, wolle sein möglichstes tun. Pat. ging heim, lebte aber in ewiger Angst, wachte die Nächte durch, schlief nur an Vormittagen. Im übrigen arbeitete er wie früher, bestellte den Garten, fuhr mit dem Flaschenbier herum und beobachtete, was losgeht.

In der Wohnung des Nachbarn versammelten sich nächtlich verschiedene Personen, drei Schweinezüchter, ein Offiziant, ein gewisser Ziegler und dessen Tochter. Sie tranken zusammen und wilderten nachher auf den umliegenden Feldern und in Gebüschen. Ob alle diese Leute um den Mord wußten, könne Pat. nicht sagen. Er hörte nachts Schüsse, und sah eines Nachts einen Rehbock ins Haus des Nachbarn tragen.

Schon 4—5 Wochen vor dem schrecklichen Vorfall beim Sandgraben unterhielt sich der Kranke eines Tages mit seiner Nachbarin. Da fragte sie ihn, ob er schon jemals Menschenfleisch gegessen habe, und als er das lachend verneinte, fragte sie ihn weiter, ob er Rehfleisch kenne und setzte hinzu, sie habe unten im Keller eine Schlachtbank eingerichtet.

Später einmal bat er die Nachbarin, ihm die Schlachtbank zu zeigen, da meinte sie aber: Hast aber du eine Schneid, traust dir in den Keller — und führte ihn in den Keller, wo sie ihm einen dunklen Verschlag zeigte, ihm aber nicht erlaubte hineinzublicken. Damals hatte Pat. noch keine Ahnung vom ganzen Sachverhalt. Jetzt vermute er aber, daß im Keller seines Nachbarn Schrumpf (eines Versicherungsagenten) schon so manches passiert sein müsse, zumindest seien die Anspielungen und Andeutungen der Nachbarin im Zusammenhang mit der toten Menschenhand im hohen Grade verdächtig.

Erst später fiel dem Pat. ein, daß die Schrumpf oft von einem gewissen Krehl, einem Bauer, gesprochen hatte, der nach Amerika ausgewandert sein soll. Jetzt glaube er, daß dem Krehl was passiert sei.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach der Szene mit der toten Menschenhand machte die Frau Schrumpf keine Andeutungen mehr, auch mied sie der Kranke soviel er konnte, wechselte nur die notwendigsten Worte mit ihr, bekam aber von ihr oft den Satz zu hören: „Das Geheimnis muß verschwinden."

So ging der Sommer vorüber. Pat. wurde auch wiederholt von seinem Arbeitgeber (Herrn Trost) vor Schrumpf gewarnt. Als er ihm nämlich die Geschichte mit der toten Hand erzählte, meinte dieser: Herr Schrumpf hat eine furchtbare Macht, am Ende wirst du (Pat.) eingesperrt, der hat schon zwei ins Zuchthaus gebracht.

Samstag, 23. X., nachmittags 4 Uhr, fuhr Pat. von München, wo er geschäftlich zu tun gehabt hatte, mit der Bahn nach Feldmoching. Beim Aussteigen auf der dortigen Station traf er den Magistratsoffizianten Greiner, einen Freund des Schrumpf, der ihn aufforderte mit ihm zu gehen, da er etwas mit ihm zu sprechen habe. Unterwegs blieb nun Herr Greiner plötzlich stehen, ergriff die Hand des Pat. und sagte drohend: „Wenn du uns verratest, wirst du unsere Rache fühlen, wir bringen dich um und werfen dich dann auf die Eisenbahnschienen. Du bist nicht der erste."

Nun hatte aber der Kranke am selben Nachmittag in München beim Staatsanwalt die ganze Sache vorgebracht und die Vermutung ausgesprochen, daß es sich um einen Mord handle. Die Worte des Greiner versetzten ihn deshalb in große Angst, und das um so mehr, als ja schon vor einem Jahr ein gewisser Herr Geiger — ein Baumeister — tot auf den Schienen aufgefunden worden war. Und dieser Fall Geiger blieb immer unaufgeklärt.

Die Befürchtungen des Pat. wurden in der folgenden Nacht bestätigt. Zwischen 12 und 1 Uhr nachts sah er durchs Fenster vor seinem Wohnhaus 3 Menschen — die er auf Entfernung allerdings nicht erkannte — und die Steine, die sie in einem Schubkarren mit sich führten, über den Zaun gegen den sich innerhalb der Umzäunung befindlichen Hund schleuderten in der Absicht, ihn zu verscheuchen. Pat. geriet darüber in heftige Angst, er wußte ja, daß es an seinen Kragen gehe. Er riß das Fenster auf, und schoß aus einem Revolver, den er sich am gleichen Tage in München gekauft hatte und der mit 5 Patronen geladen war, gegen die 3 Menschen. Als der Schuß fiel, ergriffen die drei die Flucht, nahmen aber den Schubkarren mit.

In der Frühe des folgenden Tages ging Pat. in die Kirche, sprach nachher mit dem Pfarrer und bat ihn, er möge, falls ihm was passieren sollte, für sein Weib und seine Kinder sorgen. Dann ging er zum Wirt, mietete sich einen Wagen, da er aus Feldmoching ausziehen wollte, um so seinen Verfolgern aus dem Wege zu gehen.

Die Nacht vom 24. auf 25. X. brachte er vorsichtshalber in der Wirtschaft zu und verlud am nächsten Tag sein Mobiliar, um es auf die Station zu bringen. Beim Ausladen auf der Bahn tauchte nun plötzlich der Schrumpf auf, bleich wie ein Leintuch, und ganz anders gekleidet als sonst. Er schaute dem Pat. einige Momente ins Gesicht und entfernte sich dann schweigend. Das brachte Pat. ganz aus der Fassung. Er fuhr sofort nach München und brachte auf dem Polizeikommissariat vor, daß der Schrumpf von seiner bevorstehenden Verhaftung Wind bekommen habe, da er gegen seine sonstige Gewohnheit nicht in die Stadt gefahren sei. Der Kommissär meinte, er wisse noch nichts Bestimmtes von der Sache und entließ den Pat. Dieser begab sich zu seinem Onkel, einem Wirt. Vor der Wirtschaft tauchte aber plötzlich der Magistratsoffiziant Greiner auf. Darob erschrak Pat. heftig, da um diese Zeit der Greiner schon in Feldmoching zu sein pflegte. Er traute sich nicht heim und beschloß bei seinem Onkel zu übernachten. Vor dem Schlafengehen trank er in der Wirtschaft noch einige Glas Bier, als plötzlich ein Gast im Jägerkostüm eintrat. Er trug einen falschen Bart. Pat. erkannte in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihm sofort den Schrumpf, und tatsächlich entfernte sich dieser sofort, als er den Pat. erblickte.

Am folgenden Morgen (gestern 26. X.) brachte der Onkel den Pat. in einem Automobil nach Feldmoching, wo er von einem Gendarmen festgenommen und auf die Polizeiwache gebracht wurde. Er wurde dem Bezirksarzt vorgeführt und dann in die Klinik eingewiesen.

Pat. spricht lebhaft, hier und da ideenflüchtig, ist ängstlicher Stimmung. Bestreitet entschieden, viel getrunken zu haben, er trinke höchstens drei Halbe Bier, nie Schnaps.

29. X. 1909. Erklärt, es sei ihm nachts noch etwas eingefallen:

Als er voriges Jahr im Oktober die Frau Schrumpf und einen gewissen Stoiber, der das Anwesen, das der Pat. bewohnte, gebaut hatte, fragte, warum einer der Kastanienbäume des Gartens des Anwesens so gar nicht gedeihen könne, meinte der Stoiber mit einem eigentümlichen Tonfall in seiner Stimme, daß dem ein Geheimnis zugrunde liege. Später machte die Schrumpf noch eine höchst verdächtige Anspielung. Als nämlich Pat. eines Tages auf den Baum kletterte, um dürre Äste abzutragen, schrie die Schrumpf über den Zaun: „Wenn du wissen tätest, was unten drinnen war, dann steigest nicht aufi.“ Der Kranke antwortete darauf nichts, begann aber nachzudenken. In diesem Sommer wurde der Baum, wie alljährlich, vorzeitig gelb und welk. Pat. meinte nun zur Nachbarin Schrumpf, der Baum müsse unbedingt zu hoch gesetzt worden sein, da er trotz der besten Pflege nicht gedeihen will. Die Nachbarin rückte aber mit der Bemerkung heraus: es ist ein Geheimnis drin — und entfernte sich. Pat. wollte aber den Baum doch umgraben und sprach darüber mit dem Stoiber. Der riet ihm aber, leichenblaß, davon ab, da unter dem Baum ein Geheimnis liege: Tu das nicht, es liegt ein Geheimnis drin, du fallst selber nein. Nun wurde dem Pat. die ganze Sache klar, nun wußte er, daß der welke Baum in irgendeiner Beziehung mit dem toten Menschenarm stehen müsse.

Ferner erzählt Pat., daß er anfangs Oktober dieses Jahres seine Frau auf ein Loch im Gemüsegarten aufmerksam gemacht habe. Das Loch hatte die Größe eines größeren Maulwurfloches. Die Frau war ganz erschreckt darüber und meinte, drin werden wohl Menschenknochen stecken, man wolle den Mord auf ihn, den Pat. schieben, er solle doch nachgraben und sich überzeugen. Der Kranke folgte aber nicht, was er noch jetzt bereue.

Ferner: Voriges Jahr besuchte der Pat. das Oktoberfest und kehrte in einer Restauration ein. Damals war er noch in Osterhofen, erkundigte sich aber beim Wirt über die Feldmochinger Verhältnisse. Der meinte aber: Mein Lieber, bleibe wo du bist, denn dort wirst du ein armer Mann und des Lebens nicht sicher.

Ferner: Im Mai 1909 verschwand plötzlich die Magd des Herrn Schrumpf. Die Frau des Pat. sah, wie die Koffer weggeführt wurden, sah die Magd ins Haus, aber nicht mehr aus dem Hause kommen. Auch Pat. sah die Magd abends noch im Hof, dann aber niemals wieder. Er stellte Nachforschungen nach dem Verbleib der Magd an, doch sie blieb unauffindbar. Als er das Herrn Schrumpf erzählte, lachte dieser verdächtig und entfernte sich. Schließlich gibt der Kranke noch an, daß einer der Pfleger der Klinik mit seiner Frau verwandt sei. Er heiße Ritzinger und stamme von Niederbayern.

Der Kranke spricht sehr lebhaft, ist zweifellos von seinen Angaben felsenfest überzeugt.

Die Stimmung ausgesprochen heiter, die Rede stellenweise ideenflüchtig und sich überstürzend. Gesichtsausdruck sehr bewegt und lebhaft. Pat. ist über Ort und Zeit orientiert. Schlaf ungestört.

30. X. 1909. Erzählt bei der heutigen Visite, daß ihm etwas sehr Wichtiges eingefallen sei, eigentlich die Hauptsache. Er erzählt:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Etwa 8 Tage nach dem Ausgraben der toten Hand bekam Pat. Besuch seitens seiner Mutter. Sie brachte ihm Schmalz, Fett und Fleischwaren zum Geschenk. Sie blieb einen Tag und eine Nacht. Beim Abschied bat er sie, ihm noch einen Sack Kartoffeln und ein Dutzend Besen zu schicken. 8 Tage darauf sprach er einen Bekannten, der gleich der Mutter des Pat. in Osterhofen wohnte und erzählte ihm, daß er Besuch von seiner Mutter gehabt hatte. Nun eröffnete ihm der Bekannte, daß sich die Mutter bis jetzt noch nicht wieder in Osterhofen eingefunden habe, und daß man nicht wisse, wo sie sich befinde.

Zirka Ende August traf die Kartoffel- und Besensendung ein, der ein Brief beigelegt war folgenden Inhalts: „Deine Frau taugt nicht zu einer solchen Wirtschaft, der Herr schickt Dir kein Bier mehr." Der Brief — eigentlich ein Fetzen Papier — trug keine Unterschrift. Nun machte die Frau des Pat. die Entdeckung, daß der Frachtbrief gar nicht in Osterhofen aufgegeben worden war, sondern in Schleißheim. Der Sendung lag ein alter Frauenrock bei, den die Frau des Pat. als den der Mutter erkannte. Damals machte sich Pat. darüber noch keine weiteren Gedanken, jetzt falle ihm aber ein, daß seine Mutter damals einige Male mit der Frau Schrumpf gesprochen hatte, und daß letztere auf diesem Wege erfahren hatte, daß Pat. von seiner Mutter eine Packung Besen erwarte. Die Bäckerin erzählte auch später, daß die Schrumpf ein Dutzend Besen gekauft habe. Aus alledem gehe deutlich hervor — so deduziert der Kranke — daß seine Mutter von der Familie Schrumpf umgebracht worden ist. Die Schrumpfs wußten nämlich, daß die alte Frau in die Mordaffäre eingeweiht worden war, darum mußte sie sterben.

1. XI. 1909. Nachts sei ihm folgendes eingefallen:

Am 13. oder 14. X. hatte Pat. im Hof seines Anwesens etwas zu tun. Als er den Hof betrat, gewahrte er die Frau Schrumpf, die mit einem Revolver in der Hand auf der Lauer stand. Als sie den Pat., der fürchterlich erschrocken war, erblickte, sagte sie, mit der Hand auf das Nachbarhaus zeigend: „Gerade jetzt wird der Schweiger (ein Bierführer) umgebracht, in 8 Tagen geht es dir, deinen Kindern und deiner Frau ran, schau, daß du beichtest, da du ein christlicher Mensch bist, will ich nicht haben, daß du ohne Beichte fort mußt." Dabei drohte sie ihm fürchterlich mit dem Revolver. Im selben Augenblick krachte im Hause des Herrn Greiner ein Schuß, und 5 Minuten darauf liefen der Stoiber, der Schrumpf, der Lehrer Zepf und Herr Socher davon.

2 Tage später brachten die soeben erwähnten Personen einen Wagen zum Haus des Greiner und luden etwas auf. Pat. fragte den Stoiber, ob man den Schweiger umgebracht habe, was dieser bestätigte und hinzufügte: „In 8 Tagen kommst du an die Reihe." Der Wagen fuhr tagsdarauf um 5 Uhr in der Früh gegen Dachau ab.

Pat. nimmt an, daß Schweiger am 14. X. von Schrumpf und Komplizen umgebracht und weggeschafft worden sei.

Hier in der Klinik habe Pat. bis jetzt nichts Beängstigendes wahrgenommen, er fühle sich vollkommen sicher, schlafe gut und habe guten Appetit.

Er ist von seinen Angaben felsenfest überzeugt.

Gefragt, aus welchem Grunde man alle diese Menschen umgebracht habe, meint er: Man hat mit dem Menschenfleich Hunde gefüttert. Die Frau Schrumpf habe einmal gesagt: Wir füttern unsere Hunde mit Menschenfleisch.

Der Anführer der Bande, der ungefähr 12 Leute angehören (Pat. nennt einzelne Namen), sei der Agent Schrumpf. Er könne nicht sagen, wie viele Menschen man schon umgebracht habe, es werden sehr viele gewesen sein. Frau Schrumpf habe einmal gesagt: So viel haben wir schon umgebracht, daß unser und dein Garten kein Fleckchen hat, wo nicht schon eine Leiche liegt.

2. XI. 1909. Pat. wird im Laufe des Tages immer ängstlicher, gegen Abend befindet er sich im hochgradigsten Angstaffekt. Er faltet die Hände, kniet nieder,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jammert vor sich hin, bittet flehentlich den Arzt um Schutz, man wolle ihn umbringen. Unter den Kranken und den Pflegern befinden sich Leute, die mit den Mördern in Feldmoching in Verbindung stehen, zwei habe er im Sommer dort gesehen. Pat. verkennt Personen. Erklärt gehört zu haben, wie ein Pfleger, am Tage seiner (des Pat.) Aufnahme in die Klinik sagte: Wenn der Stoiber dabei ist, dann mußt du unbedingt sterben, sollte ich verhaftet werden, so tun es die anderen Pfleger, sterben mußt du unbedingt. Diese Worte seien ihm erst heute eingefallen.

Pat. gebärdet sich ganz verzweifelt, rutscht auf den Knien um den Ref. und spricht: „Ich bin verraten, meine Mutter hat man umgebracht, jetzt komm ich an die Reihe. Helfen Sie mir, Herr Doktor, ich bitte Sie, schenken Sie mir das Leben"; ist untröstlich, blickt scheu um sich, drückt sich vor anderen Patienten und vor den Pflegern, ist ganz verstört, zittert wie Espenlaub.

Wird auf die Wachabteilung verlegt.

3. XI. 1909. Liegt bei der Morgenvisite ruhig im Bett, bittet um seine Entlassung, er sei völlig gesund, er habe sich alles nur eingebildet.

Im Laufe des Vormittags wird er aber plötzlich unruhig, will fort, jammert, glaubt, daß er hier umgebracht werde. Ins Bad gebracht, steigert sich seine Angst zur hellen Verzweiflung. Händeringend sitzt er im Bade, schreit vor Angst, bittet den Arzt: Schonen Sie mich, habe ich denn etwas getan, Sie bringen mich um. Vernunftgründen vollständig unzugänglich, läßt sich in seinem Gejammer kaum unterbrechen. Es sei sicher, daß er umgebracht werde, sonst würde er doch nicht immer im Wasser bleiben müssen, er werde eben ertränkt. „Ach Gott, ach Gott, stehe mir bei; haben Sie doch Erbarmen mit meiner Familie, wir sind ja ganz arme Leute."

4. XI. 1909. Heute völlig ruhig, antwortet nur langsam und zögernd auf Fragen, gibt an noch immer Angst zu haben, umgebracht zu werden. Man habe ihm vorgestern Feuer unter den Arm gespritzt (Hyoscin), er müsse jetzt unschuldig sterben, erwarte bereits den Tod. Er wisse nicht, wo er sich befinde, sei hierher gebracht worden, weil man ihn umbringen wolle. An seine Erinnerungsfälschungen will er sich nicht mehr erinnern können.

11. XI. 1909. Klinische Vorstellung.

Kommt schleppend, schlaff, in sich zusammengesunken in den Saal. Einfachen Aufforderungen kommt er nach, ist im übrigen indolent, apathisch, interesselos, blickt gar nicht auf, sitzt ruhig, regungslos mit gesenktem Kopf da. Nach seinen Erlebnissen gefragt, schüttelt er mit dem Kopf ab, will von nichts mehr wissen, erinnert sich an nichts, weiß nicht, wie lange er sich in der Klinik befindet, wie und warum er hergekommen. Will von seiner überstandenen Angst nichts mehr wissen, habe auch jetzt keine Angst.

Es läßt sich nicht entscheiden, ob diese angebliche Amnesie echt oder nur vorgetäuscht ist.

13. XI. 1909. Nach Deggendorf übergeführt.

Diagnose: Unklar. (Dementia praecox?) Kraepelin.

Heil- und Pflegeanstalt zu Deggendorf. Aufgenommen 13. XI. 1909.

15. XI. 1909. Im Parterre zu Bett, äußerlich geordnet, aber zeitlich und örtlich schlecht orientiert.

19. XI. 1909. Jetzt örtlich orientiert. Als Jahreszahl wird 1908 angegeben. Über die anliegenden, sehr ausführlich wiedergegebenen Vorkommnisse anfänglich seiner Erkrankung weiß Pat. jetzt gar nichts mehr. Er gibt jetzt an, seine Frau habe ihn vergiften wollen, weil sie einen anderen habe heiraten wollen. Seine sprachlichen Äußerungen entbehren nicht der humoristischen Färbung, wie sie beim Alkoholisten zu treffen ist. Hält sich äußerlich geordnet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. XII. 1909. Äußerte beim heutigen Besuch, es seien seine Brüder nicht, seine Frau habe sie umgebracht. Kinder habe er schon, aber die habe auch die Frau umgebracht.

20. XII. 1909. Etwas klarer, aber an seinen verworrenen Wahnideen festhaltend, einsichtslos. Meist guter Stimmung. Schließt sich nicht an.

15. I. 1910. Recht verschlossen, will mit seinen Wahnideen nicht recht herausrücken, lächelt auf jede Frage überlegen und meint: Das wissen Sie ja so besser, Herr Doktor.

30. I. 1910. Antwortet heute dem Ref., um seine Personalien gefragt, er sei 1865 geboren; weiterhin ist nicht viel mehr zu erfahren. Sagt: Wissen Sie es denn nicht, wenn Sie es nicht wissen, dann werden Sie es schon erfahren, Sie geben sich ja immer fü- die Saller Kathl aus; und warum fallen Sie denn immer auf die Knie? Da gehen Sie mal in die Kirche und sehen Sie auf die Frauensei e hinauf und schauen, wer am Kreuze droben ist, dann wissen Sie, warum ich da bin. Das ist der Höchste, den kennen Sie nicht und werden ihn nie kennenlernen, aber ich kenne ihn, weil er mein Vater ist.

Körperlich wohl.

15. II. 1910. Fragt heute geheimnisvoll (nicht spontan, sondern nachdem er schon längere Zeit durch Fragen festgehalten war): „Haben Sie schon von der goldenen Hochzeit gehört; da hat mein Bruder geheiratet, und mein Vater und meine Mutter haben goldene Hochzeit; Sie dürfen es noch nicht wissen, weil Sie zu jung sind, aber wenn Sie 75 Jahre alt sind, dann werden Sie es schon inne. Die Regierung weiß es schon."

Äußerlich ruhig, sucht fast gar keinen Verkehr, beschäftigt sich nur mit Pfeifenrauchen und Zeitungslesen. Nach den Angaben des Wärters liest er aus den Zeitungen ähnlich verworrenes Zeug heraus, wie er es spricht. Ohne Erregung. Fängt nur zu schimpfen an, wenn er zwei andere streiten sieht.

1. III. 1910. War heute morgen sehr erregt, verlangt zornig gereizt seine Montur, er wolle fort, läßt sich auf weiteres nicht ein: „Das geht Sie nichts an, ich will einfach meine Montur."

2. III. 1910. Schon wieder beruhigt.

6. III. 1910. Wieder ganz das alte Bild, teilnahmlos, seinen verworrenen Wahnideen lebend. Es kostet immer einige Mühe, etwas weniges davon zu verstehen. Körperlich wohl.

20. III. 1910. Glaubte zu Josephi bestimmt, daß er fortkommt. Als es nicht so war, wurde er sehr erregt, zornig, schimpfte viel.

5. IV. 1910. Glaubt, daß er nächsten Sonntag fortkommt. „Dann tuscht es."

19. IV. 1910. Immer in schlechter, gereizter Stimmung, äußerlich ruhig. Verlangt von Zeit zu Zeit seine Entlassung.

18. V. 1910. Verlangte gestern erregt, er wolle verhandelt werden. Auf die Frage, worüber er verhandelt werden wolle, antwortet er nur noch erregter, er wolle einfach verhandelt werden. Er sei nicht mehr krank, er sei krank gewesen. Möchte dem Herrn Direktor vorgestellt werden, er wisse nicht, warum er da sein müsse, er möchte wissen, warum es sich handelt.

1. VI. 1910. Ohne besondere Erregungszustände in den letzten Tagen, verlangt jedoch auffallend oft fort.

15. VI. 1910. Völlig krankheitsuneinsichtig. Die Ärzte seien närrisch, nicht er. Mißtrauisch, gereizt.

29. VI. 1910. Will unbedingt verhandelt werden. Er haue alles zusammen, wenn er nicht bald hinauskomme. Schimpft erregt.

13. VII. 1910. Immer gereizt, zum Schimpfen geneigt, da er glaubt, er sei zu Unrecht hier festgehalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

27. VII. 1910. Neulich wieder sehr erregt, drohte, er werde alles zusammenhauen, wenn er nicht gleich entlassen werde.

10. VIII. 1910. Immer dasselbe uneinsichtige, gereizte Benehmen.

24. VIII. 1910. Verlangt intensiv nach Entlassung.

10. IX. 1910. Anhaltend in recht gereizter, verdrossener Stimmung, verlangt täglich seine Entlassung, weil er ganz zu Unrecht hierher gebracht worden sei.

24. IX. 1910. Verschlossen, mißtrauisch, gereizt. Gibt auf Befragen keine weitere Antwort, verlangt nur ganz barsch seine Entlassung.

25. X. 1910. Macht geheimnisvolle Andeutungen: „Jetzt wird bald's Jahr aus, das andere kimmt schon, ihr werd's schon sehn."

Was geschehen soll, sagt er nicht. Meist abweisend, geht dem Ref. aus dem Wege, drängt einsichtslos hinaus.

10. XI. 1910. Steht verdrossen herum, geht nicht aus sich heraus. Kommt gestern auf Ref. zu und meint: „Es kimmt die große Überschwemmung, jetzt geht's mit allen dahin. Wenn die Kleinen auch schon betrügen, früher haben nur die Großen betrogen."

Stellt in Abrede, daß er halluziniert.

30. XI. 1910. Hat nachts „einen Geist" gesehen, von einem verstorbenen Bekannten. „Der hat nix glaubt"; besitzt eine geheime Macht, jederzeit Geister erscheinen und verschwinden zu lassen.

20. XII. 1910. Erzählt beim Besuch der Frau, er sei Christus, werde gemartert. Zeigt die „Wundmale" an seinen Händen. Er sei auch der Jüngling zu Nain. Oft impulsiv gewalttätig. Suchte vor ein paar Tagen den Dr. H. mit einem langen Nagel, den er im Garten gefunden hatte, zu verletzen.

Wehrt sich wütend gegen die Wärter, die ihm den Nagel abnehmen. Verweigert ab und zu die Nahrungsaufnahme.

30. I. 1911. Äußert sich folgendermaßen: „Herr Doktor, ich werde Ihnen sagen, mit wem Sie es zu tun haben. Sie werden schon gehört haben vom Weltschiff der Erde. Dieses Schiff wollte untergehen mit den Menschen und allem, was darinnen war. Da kam eine Rettung, um dem Schiff wieder retour zu helfen. Kein Kaiser, kein König konnte es retten, aber da ist einer gekommen, der das Schiff retour hob, daß es wieder durch alle Welt segeln kann, da seid ihr alle mit eingerechnet. Aber das Werk ist vollendet, und die Stunde ist gekommen, wo dieser seinen Weg wieder geht wie zuvor. Er hat sein Tagewerk vollbracht. Drum wird er sich frei machen ohne Doktor und Direktor. Denn er ist gekommen ohne Doktor, um die Menschen wieder auf den rechten Weg zu führen. Ihr werdet ganz gut verstehen, was mit diesen Worten gesagt ist. Denn es war meine Pflicht und die eure, dieses Schiff zu lenken."

28. II. 1911. Liegt auf den Bänken herum, meist für sich, spricht fast nichts, gibt nur kurze Antworten, lacht zuweilen ironisch vor sich hin. Geht nicht aus sich heraus. Weist machen Speisen zurück, gibt keinen Grund an. Versuchte unlängst aus der Kirche zu entweichen.

20. III. 1911. Sehr gereizt, weil ihm gestern, an seinem Namenstage, der Kirchenbesuch nicht gestattet wurde. Hat Beeinträchtigungsideen gegen Dr. H., der an aller Lumperei schuld sei.

Macht versteckte Drohungen. Eine zunehmende geistige Schwäche besteht nicht.

Herbst 1911. Ist verschlossen, zurückhaltend, hält sich von den anderen abseits. Erklärt, Holzarbeit nicht leisten zu können, weil ihm die Geister nirgends Ruhe lassen. Geht allein im Hof auf-und ab, ist aber nicht unzugänglich oder abweisend. Mit seinen Wahnvorstellungen zurückhaltend. Stimmung meist mürrisch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Frühjahr 1912. Bei einem Besuch von Mutter und Geschwistern lacht er nur und sagt, er komme ja zu Pfingsten hinaus. Lächelt geringschätzig, wenn man daran zweifelt. Konfabuliert nachher, die Frau habe ihm versprochen, ihn zu Pfingsten nach Hause zu nehmen.

Frühjahr 1913. Sein Mißtrauen, das sich in Blick und Verhalten verrät, zeugt von seinen Beeinträchtigungsideen. Schneidet öfter das Gespräch ab, sobald es auf persönlichen Boden gerät. Zeigt ein etwas hochmütiges Wesen, hält sich für mehr und einflußreicher, als er ist.

Herbst 1913. Nach außen höflich, jedoch jeder Ansprache ausweichend, innerlich voller Spannungen und hinterlistig-feindseliger Gesinnung. Ganz untätig, jede Aufforderung, sich etwas zu beschäftigen, von sich weisend; dissimuliert recht mißtrauisch.

Frühjahr 1914. Hat keine Neigung, sich irgendwie zu beschäftigen, hängt Wahnideen nach, obwohl er jede Auskunft über sein Seelenleben ängstlich vermeidet. Im übrigen besonnener Kranker, der sich in die Anstaltsordnung fügt. Äußerte gelegentlich eines Besuches seiner Mutter verschiedene Wahnideen: Er sei von der Kirche verbannt und an das Kreuz geschlagen worden (zieht die Strümpfe aus und zeigt seiner Mutter, wie man die Nägel durchgeschlagen hat). Er habe in München die Wasserleitung gebaut und habe dabei mit der Prinzessin Mathilde einen Ehebruch begangen. Er dürfe nicht mehr auf Arbeit gehen, weil er sonst wieder ans Kreuz geschlagen würde. — Dem Referenten gegenüber sehr zurückhaltend, drängt fort, will ganz gesund sein.

Herbst 1914. Ruhig, besonnen, meist allein für sich seinen Gedanken nachhängend, wird aber zeitweise auch in Gesellschaft anderer Kranken beobachtet. Ohne Lust zur Beschäftigung, hält mit seinen Vorstellungen sehr zurück, dissimuliert bei direktem Befragen. Soll aber einmal einem Pfleger gegenüber sich geäußert haben, daß er seine Frau im Bauche habe und immer herumtrage. Sonst unauffällig, ruhig, geordnet, besonnen. Schmunzelt oft vor sich hin. Ab und zu nörgelnder, meist aber leicht heiterer Stimmung.

Frühjahr 1915. Schreibt einen verworrenen Brief, gibt dazu folgende Erklärung ab: „Ich bin vernichtet von der Kirche. Draußen ist einer gestorben, der Papst und herin wird er aufgenommen. Wissen Sie denn nicht, was in der Kirche vorgeht? Im Chor oben heißt es ‚Saller' wenn das Allerheiligste ausgesetzt wird. Wer für die Kirche was tut, soll auch von der Kirche bezahlt werden. Aber ich krieg' ja gar nichts von der Kirche. Wenn sie mich in der Kirche vernichten, soll ich doch etwas kriegen. Der Pfarrer von Mainkoffen weiß es. Es hat sich gehandelt um den Prinzregenten, weil ich der nächste Verwandte war, der Adoptivsohn."

Herbst 1915. Geht mit seinen Größen- und Beeinträchtigungsideen, denen er fortwährend nachhängt, nur selten und dann nur andeutungsweise heraus, zeigt aber stets ein gewisses pfiffiges und ironisches Gebaren, als ob er von seinem überlegenen Standpunkt aus alles völlig verstehe und begreife.

Frühjahr 1916. Seit einigen Wochen leicht gereizt, schimpft viel und ergeht sich in geheimnistuerischen Andeutungen, deren Verständnis er beim Arzte voraussetzt. Man füttere die Menschen herin zuerst satt, dann mache man sie wieder mager. Dazwischen mengt er allerlei religiöse Wahnideen, vermischt mit unklaren Drohungen und Prophezeiungen, Gibt seinen neuen Namen schriftlich an:

Josef Freiherr von Ritter Hohensal und Bayern auf Schloß Schwannenstein.

Herbst 1916. Geht seiner Frau gegenüber, die ihn besucht, mit seinen Wahnideen, die er sonst hinter einem spöttischen Lächeln und ironischen Redensarten verbirgt, wieder etwas heraus: Sei zum Tode verurteilt worden, sei aber statt geköpft zu werden in die Klinik und dann hierhergebracht worden, müsse noch drei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahre hierbleiben. Im allgemeinen ruhig und besonnen, fügt sich in die Anstaltsordnung.

1918. Oft recht unzufrieden, nörgelt, schimpft. Regt sich z. B. auf, weil er vermutet, daß der einem Patienten geschickte Käse aus der Anstaltsküche stamme, zum Schaden der übrigen Kranken.

Zusammenfassung: Ausbruch der Krankheit akut im 43. Lebensjahre, nachdem schon durch einige Monate gelegentlich anscheinend vorübergehende Wahnideen geäußert worden waren. Die eigentliche Psychose erreicht innerhalb einiger Wochen ihr Höhenstadium. Beginn mit angstbetonten phantastischen Wahnideen bedrohenden Inhalts, die sich ungemein rasch verdichten und unter heftiger Angst einhergehen. In der Klinik hastiges, erregtes Wesen, sich überstürzender Rededrang. Im übrigen zugänglich und willig, besonnen und allseitig orientiert, gibt sinngemäß und zusammenhängend Auskunft. Äußert massenhaft phantastische Wahnideen, vornehmlich auf Grund von Erinnerungsfälschungen, die immer von neuem aufschießen und durch einige Tage völlig das Krankheitsbild beherrschen. Von Zeit zu Zeit heftige Angstparoxysmen. Als die Angst abklingt, tritt Beruhigung ein, die Wahnproduktion stagniert, und allgemeine Erschlaffung greift Platz. Nach dem Abklingen der akuten Phase etabliert sich ein paraphrener Zustand mit chronischer Neuproduktion von abenteuerlichen Wahnideen. Rasch tauchen Größenideen auf. Von Zeit zu Zeit kommt es zu heftigen, zornmütigen Entladungen. Zerfall des Wahnsystems innerhalb eines Jahres.

Fall 3. Pielmeier, Auguste, Agentenfrau, geb. 1865.

Vorgeschichte: Der Ehemann gibt an: Seit 1893 verheiratet. Nie schwanger. Sehr energischen, aufgeregten, unternehmenden Charakters; ging von jeher gern zu Kartenlegerinnen. Vor 8 Jahren äußerte sie vorübergehend, sie werde umgebracht, das habe ihr eine Kartenlegerin gesagt. War ängstlich, setzte aber mit der Arbeit nicht aus. Immer sehr fleißig; trank nie viel.

Jetzt ist sie seit 8 Tagen wieder ängstlich, äußerte wieder, sie werde umgebracht, erschrak, wenn die elektrische Glocke ertönte. Klage über Abgeschlagenheit der Glieder, Kopfweh und Herzklopfen. Ging von Hause fort zu einer Verwandten, bat diese, sie fortzubringen, sie habe keine Ruhe und könne nicht schlafen. In der Nacht vom 19./20. XII. d. J. klagte sie über Frieren, schreckte in der Früh über ein Geräusch, das die Katze verursachte, zusammen, meinte, jemand sei draußen, sie werde umgebracht. Verlangte ins Krankenhaus.

Am 21. XII. 1910 wird Pat. vom Krankenhaus l. I. in die Klinik mit der Angabe verlegt, sie äußere Verfolgungsideen.

Pat. ist untermittelgroß, grazil, dürftig genährt.

Augen frei, Pupillen spielen gut. Hirnnerven intakt.

Reflexe normal. Sensibilität ohne Störung.

Innere Organe o. B.

Waden etwas druckempfindlich.

Zunge ruhig, Rachenreflex +.

Aufgeregt, beteuert, sie sei nicht geisteskrank, bittet den Arzt, ihr behilflich zu sein, er sei ihr einziger Retter, sie wolle alles angeben, man möge alles genau untersuchen und protokollieren. Sie sei freiwillig ins Krankenhaus, sie sei nicht

Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

geistesgestört, sie werde wirklich verfolgt von ihrem früheren Zimmerherrn Höninghaus, Richard (zur Zeit in Kufstein).

Eine Wahrsagerin habe ihr vor 4 Jahren prophezeit: ein Zimmerherr wird sie durch jemanden verfolgen und ermorden. Sie komme in ein Krankengefängnis, von dort aus werde sie in eine Irrenanstalt übergeführt, unterwegs werde sie überfallen von einem schwarzvermummten Mann mit Revolvern und Messern. Werde schwer verletzt und werde 3 Monate schwer krank und hoffnungslos daniederliegen. Pat. spricht schnell und sehr lebhaft, meint oft: „Sie sind meine einzige Rettung, Herr Doktor."

Jene Frau prophezeite ihr ferner: schon zuvor werde sich ein Herr in ihre Wohnung einzuschleichen versuchen, der werde 48 Jahre alt sein, mit meliertem Haar und Schnurrbart, werde mit einem Schriftstück erscheinen, um sie kennenzulernen.

Der Mann mit dem Schriftstück war nun bereits bei ihr. Pat. faltet die Hände und spricht hastig: „Herr Doktor, Sie sind meine einzige Rettung, Sie sind meine wirkliche Rettung, die Frau hat mir gesagt: ein Herr wird Ihre Rettung sein."

Bei dieser Planetenlegerin war Pat. nur einmal. Als sie zum zweitenmal bei ihr vorsprach, war sie bereits verstorben. Sie hatte sich selbst den Tod prophezeit, indem sie sagte: Wenn Sie zum zweitenmal kommen, bin ich schon tot. Und sie war wirklich schon tot.

Vor 3 Wochen kam zu der Tante der Pat. — die beiden wohnen beisammen — ein Herr, mit melierten Haaren und Schnurrbart und legte der Tante ein Schreiben der Feuerversicherung zur Unterschrift vor. Nun ist aber die Tante schon 3 Jahre nicht mehr in der Versicherung. Sie unterschrieb aber trotzdem, obwohl Pat. entschieden dagegen war. Pat. forderte den Herrn auf, ihr das Schriftstück vorzulesen. Er weigerte sich aber das zu tun, was eine furchtbare Szene zur Folge hatte: Pat. entriß ihm nämlich das Schriftstück und verbrannte es. Daraufhin entfernte sich der fremde Herr mit der Bemerkung, ob sie ihn denn für einen Schwindler halte.

Dieser Herr ist jedenfalls von Herrn Höninghaus beauftragt, die Pat. zu morden und „durchzutun". Er hat sich bereits in der neuen Wohnung, die Pat. in Kürze zu beziehen hat, eingemietet und dort sein Gepäck eingestellt.

Pat. hatte sich vor 5 Tagen zu Bekannten geflüchtet, inzwischen hat sich der fremde Herr in ihrer neuen Wohnung eingemietet, sein Gepäck eingestellt und gesagt, er müsse für 3 Tage verreisen. Pat. hatte ihren Bekannten erzählt, sie wolle nach Schwaz in Tirol fahren. Der Herr ist nun sicherlich nach Tirol gereist, um sie dort zu ermorden.

Pat. wohnte durch 5 Tage unangemeldet bei einer Bekannten, bei der Frau Nähbauer. Sie bittet nun zu untersuchen, ob sich nicht im selben Hause im 3. Stock jener Herr eingemietet habe. Ihre Bekannte sagte ihr vorgestern, daß oben ein Herr wohnen solle, von dem sie nichts Genaueres wisse.

Auch die Planetenlegerin erklärte seinerzeit: bevor sie ins Krankengefängnis komme, werde sie sich bei einer Witwe aufhalten, in diesem Hause werde sich auch der Herr die letzten Tage niederlassen.

Gestern früh 5 Uhr bekam Pat. plötzlich eine furchtbare Angst. Die Kartenlegerin hatte ja prophezeit: Um 5 Uhr früh oder 5 Uhr abends wird er Lust haben.

Pat. lag zu Bett, betete die ganze Nacht. In der Frühe bekam sie eine böse Ahnung und wurde hochgradig ängstlich. Sie stand auf, machte furchtbaren Krawall, so daß alle Leute im Hause wach wurden. Zu ihrem Glück traute sich der fremde Herr vom 3. Stock nicht gegen sie vorzugehen. Pat. begab sich darauf zu einer anderen Bekannten und bat sie, sie ins Krankenhaus zu bringen. Gestern vormittag wurde sie im Krankenhause aufgenommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Höninghaus wohnte vor 3 Jahren als Zimmerherr bei der Pat. Er ist ein sehr reicher, ruhiger junger Mann, 26—30 Jahre alt, angeblich Ingenieur, in Wirklichkeit Rentier. Er litt die ganze Zeit an einem schrecklichen Ausschlag im Gesicht und auf dem Halse, der zeitweise so heftig auftrat, daß er wochenlang das Zimmer hüten müßte. Ein Mediziner, der gleichfalls bei der Pat. wohnte, meinte, der Ausschlag rühre von Syphilis her.

Da Herr Höninghaus fast den ganzen Tag schlief und erst gegen Abend fortging, kündigte ihm Pat. die Wohnung, und er zog aus. Seitdem hörte Pat. nichts mehr über ihn.

Heuer im August schrieb ihm aber die Pat. einen Brief, worin sie ihm ein Zimmer bei ihrer Tante empfahl. Er ging darauf ein und telegraphierte, er werde am 1. XI. um 5 Uhr abends mit seiner Braut kommen und das Zimmer beziehen. Er kam aber nicht, obwohl er auch später noch oft telegraphierte und schrieb, daß er in Kürze erscheinen werde.

Das war der Pat. sehr auffallend. Vor etwa 8 Tagen bekam sie nun von der Braut des Herrn Höninghaus einen Brief, sie möchte alle Schreiben und Telegramme wegräumen, sie hätte ihr so viel zu erzählen, was sie alles mit dem Herrn Höninghaus erlebt habe, sie, die Pat., werde nur staunen.

Pat. stellte daraufhin das Zimmer in Bereitschaft, heizte ein und entfernte sich aus der Wohnung, da sie befürchtete, es geschehe ihr etwas. Sie lebt nämlich seit Anfang November in ständiger Furcht. Am 1. XI. sollte ja die Braut des Herrn Höninghaus bei ihr einziehen, kam aber nicht, obwohl der Höninghaus für sie das Zimmer mietete und öfters telegraphierte. Diese Befürchtungen nahmen zu, als der fremde Herr mit dem Versicherungsschreiben erschien und als sie schließlich den Brief von der Braut des Herrn Höninghaus bekam, worin ihr diese schreibt, daß sie ihr so manches im geheimen zu erzählen hat — wußte sie, daß nun die Prophezeiung der Kartenlegerin in Erfüllung gehe. Letztere hatte ihr nämlich prophezeit: es wird ein Herr von auswärts kommen, den Pat. bereits kennt, der Narben im Gesicht hat und an Verfolgungswahn leidet, der wird jemanden beauftragen usw. Sie solle auf diesen jemand achtgeben, er werde mit einem Schriftstück ins Haus kommen. Ganz besonders solle sie aber in der Wohnung vorsichtig sein.

Nun ist Herr Höninghaus von auswärts. Pat. kennt ihn schon, nach dem Briefe seiner Braut scheint er geisteskrank zu sein — alles das seien Anzeichen, daß jetzt die Prophezeiung der Kartenlegerin in Erfüllung gehe.

Die Kartenfrau prophezeite ihr ferner, daß im Krankengefängnis ein als Polizeibeamter verkleideter Mann erscheinen werde, um die Pat. im Unterleib zu verletzen. Pat. bittet niemanden in die Klinik einzulassen, auch wenn sich jemand als Polizeibeamter ausgeben sollte. Planetenlegerin sagte, Pat. werde im Januar, Februar und März schwer krank daniederliegen und an Operationen zu leiden haben.

Pat. ist absolut uneinsichtig. Sie kann zwar keinen Grund angeben, warum ihr Herr Höninghaus feindlich gesinnt sein sollte — (vielleicht ist er von seiner Braut aufgehetzt worden, man weiß ja nicht, was so ein Frauenzimmer alles machen kann) —, aber sie ist fest überzeugt, daß jetzt die Prophezeiung in Erfüllung gehe.

Pat. spricht sehr lebhaft und schnell und ist hochgradig ängstlich. Ihr Benehmen ist frei und natürlich, ohne Verschrobenheiten. Ohne katatone Züge. Intelligenz gut. Merkfähigkeit intakt.

Über ihr Vorleben macht Pat. folgende Angaben:

Ihre Mutter war dreimal verheiratet. Über die Kinder aus der ersten Ehe weiß sie nichts zu berichten. Nach dem Selbstmord des ersten Mannes heiratete die Mutter einen Rechtspraktikanten, der, 32 Jahre alt, an Lungentuberkulose starb. Dieser Ehe entstammt die Pat. Ein jüngerer Bruder starb bald nach der Geburt. Die Mutter heiratete später nochmals und gebar 6 Kinder, die jedoch alle

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

klein starben. Die Mutter starb an Gebärmutterkrebs, war immer etwas aufgeregt.

Pat. ist in München geboren, wuchs hier auf, wurde von ihrem Großvater väterlicherseits erzogen. Nach dessen Tode lebte sie bei der Mutter.

Sie besuchte 4 Jahre Volks-, 2 Jahre höhere Töchterschule und weitere 2 Jahre ein Institut. Sie lernte sehr gut.

Im Alter von 5 Jahren diphtheriekrank. Tracheotomie. Sonst immer gesund. Mit 22 Jahren heiratete sie einen Restaurateur, von dem sie nach 4 Jahren aus ihrem Verschulden (Ehebruch mit ihrem jetzigen Manne) gerichtlich geschieden wurde. Keine Kinder.

Bald darauf heiratete sie zum zweiten Male. Auch diese Ehe, die bereits 20 Jahre dauert, wurde unglücklich. Der Mann ist ein Trinker, taugt nicht viel, macht Schulden und Betrügereien, ließ die Frau für alles sorgen, gibt ihr nur 12 Mark wöchentlich, mit welchem Gelde sie den ganzen Haushalt inklusive Zins zahlen muß. Er wechselte oft die Stellung, war früher Kaufmann, dann Bäcker, ist jetzt Reisender. Behandelt die Frau von jeher schlecht. Schlug sie. Keine Kinder. Ein Stiefsohn der Pat. war wiederholt wegen Trunksucht in der Klinik.

Vor 2 Jahren zog Pat. mit ihrem Mann zu ihrer Tante (Schwester der Mutter), die eine Wohnung von 6 Zimmern innehat und an Herren vermietet. Mit ihrem Mann verkehrt Pat., obwohl sie mit ihm zusammenwohnt, fast gar nicht. Sie selbst führt bei ihrer Tante die ganze Wirtschaft. Der Mann zahlt 12 Mark monatlich.

Vor 11 Jahren nahm Pat. ein neugeborenes Mädchen zu sich, das sie seitdem großzieht.

Pat. hat nie viel getrunken und war nie geschlechtskrank. Mit 18 Jahren Frühgeburt im 6. Monat. Sonst nie schwanger. Seit 2 Jahren im Wechsel. Seltene, unregelmäßige Regeln. Ab und zu Kreuzschmerzen, sonst keine körperlichen Beschwerden.

23. XII. 10. Hochgradige Angst. Ist kaum zu bewegen, ins Untersuchungszimmer zu kommen. Wittert hinter jeder Tür ihre Verfolger. Faltet die Hände, bittet den Arzt um Schutz. Sei sehr ängstlich. Die Angst sitze im Herzen, es sei ein Druck auf der Brust. Keine Versündigungsideen. Keine Halluzinationen.

Habe vergessen, etwas zu erzählen. Sei vor 3 Wochen bei einer anderen Kartenlegerin gewesen und ließ sich nochmals ihre Zukunft prophezeien. Und es wurde ihr genau dasselbe gesagt wie vor 4 Jahren. In ihrem Planeten liege, daß sie im Januar, Februar und März an schwerer Krankheit, Operationen usw. daniederliegen werde. Sie werde von einem Herrn, der von auswärts kommen wird, verletzt, und zwar entweder im Krankengefängnis oder auf dem Transport in eine Irrenanstalt. Ihr Mann werde keines natürlichen Todes sterben. Seit 3 Wochen leide sie an Angstgefühlen, Schlaflosigkeit und Appetitmangel.

Pat. hält an ihren Wahnideen unausgesetzt fest.

24. XII. Allnächtlich sehr ängstlich, versuchte heute nacht fortwährend unter die Matratze zu kriechen. Tagsüber zu Bett, betet viel, bittet zuweilen, man solle sie beschützen.

Widerruft heute, daß sie von Höninghaus verfolgt werde. Die ganze Hetze gehe von ihrem Mann aus.

27. XII. Gegen Revers vom Ehemann nach Hause abgeholt.

Katamnese: Pat. starb am Tage ihrer Entlassung aus der Klinik. Sie fiel vom Sessel und war tot.

Zusammenfassung: Ausbruch der Krankheit akut im 45. Lebensjahr mit Angst und Schreckhaftigkeit. Vage Unheilsideen (sie werde umgebracht), Schlaflosigkeit, Kopfweh, allgemeine Abgeschlagenheit.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Kranke fühlt sich unsicher, geht zu einer Bekannten und bittet diese, sie fortzubringen, verlangt schließlich selbst ins Krankenhaus. In der Klinik, 10 Tage nach Beginn der Erkrankung, erregt, ängstlich, fleht um Hilfe, äußert Verfolgungsideen auf Grund von Erinnerungsfälschungen, die immer frisch aufschießen und den Wahn auszubauen helfen. Die Kranke spricht lebhaft und schnell, berichtet ausführlich, ist dabei ängstlich, aber sonst in ihrem Benehmen nicht auffällig, frei von Verschrobenheiten.

In den folgenden Tagen steigert sich rasch die Angst und erreicht qualvolle Grade. Die Kranke faltet die Hände, fleht um Schutz vor ihren Verfolgern, verkriecht sich nachts unter die Matratze, betet. Präkordialangst. Keine Versündigungsideen, keine Trugwahrnehmungen. 14 Tage nach Ausbruch der Erkrankung plötzlicher Tod.

Fall 4. Franz Stadtmüller, verheirateter Schreiner, geboren 1876.

Vorgeschichte. Die Frau gibt an: Sie kennt den Ref. seit 10 Jahren. War immer normal. Hat auch nicht gehört, daß er vor ihrer Bekanntschaft psychisch auffällig gewesen wäre. War immer fleißig und gutmütig. Kein Potator, trinkt höchstens zweimal $^3/_4$ l Bier täglich, keinen Schnaps. Seit 3 Jahren verheiratet. Ein gesundes Kind, keine Abgänge der Frau.

Seit 5. IX. 1911 abends ist er verändert. Als sie abends zu Bett gegangen waren, bat der Mann die Frau wiederholt, sie möge ihm Wasser holen, er habe einen starken Durst. Die Frau erfüllte ihm einige Male seinen Wunsch, erklärte ihm aber schließlich, jetzt sei es genug. Auf einmal fing nun Pat. an zu weinen und die Frau mit Vorwürfen zu überschütten. Sie sei ihm nicht treu, halte es mit ihrem Nachbarn (Ref. beteuert, nie etwas mit dem Nachbarn, der Vater von 3 Kindern sei, gehabt zu haben). War nicht zu beruhigen. Jammerte und schluchzte immerfort. Hatte dabei einen stieren Blick, zitterte am ganzen Körper. Erst gegen Morgen wurde er ruhiger, sah ein, daß er mit seinen Beschuldigungen im Unrecht war. Fing aber im Laufe des gestrigen Tages bald wieder an zu jammern und Eifersuchtsideen zu entwickeln. Ließ sich vorübergehend wiederum überzeugen, begann aber nach kurzer Zeit immer wieder von neuem. Gegen Abend hörte er auf einmal massenhaft Stimmen. Hörte immerfort den Nachbarn reden, saß immer in horchender Stellung, äußerte große Angst, sprach von Leuten, die draußen vor der Türe ständen und ein großes Messer in der Hand hielten, um ihn zu ermorden. Auch die Frau wollten sie ermorden. Klammerte sich angstvoll an die Frau an, flehte sie an, nur nicht hinaus zu den Mördern zu gehen. Schließlich wurde seine Angst so groß, daß er auf einmal aus dem Bett sprang, ans Fenster eilte und sich hinauszustürzen versuchte, um sich vor den Verfolgern zu retten. Wurde von der Frau noch im letzten Augenblick erwischt und mit Mühe zurückgehalten. Heute morgen etwas ruhiger, hört aber noch immer Stimmen.

Schon vor 14 Tagen habe er übrigens einmal der Frau geklagt, daß ihn der Nachbar einen Schuft genannt habe. Am Tage vor der Erkrankung habe er etwas mehr Bier getrunken, dreimal 3 Quart und eine Halbe, ferner morgens einen Teelöffel Rum in Tee, was er aber sonst nie nehme. War aber nicht betrunken. Dem Schwager sei Pat. schon seit 14 Tagen verändert vorgekommen.

Psychiatrische Klinik München. Aufgenommen 7. IX. 1911.

Bei der Aufnahme ruhig, hat einen dummen, verwunderten Blick. Status: Pat. tritt ruhig, neugierig ins Untersuchungszimmer, schaut interessiert die Personen der Umgebung an, gibt willig Auskunft. Der Blick ist etwas starr, gefesselt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Gesichtsausdruck zeigt wenig Mienenspiel. Zeitlich ist Pat. nur ungenau, örtlich gut orientiert. Er weiß nicht genau, ob wir jetzt August oder September haben.

Erzählt, er habe bis zum Montag gearbeitet, habe dann eine Art Influenza gehabt und sei seitdem krank. Vor einigen Tagen hörte er, wie sein Nachbar Engler, der in demselben Hause wohnt, ohne Grund ihn Schuft gerufen habe. Pat. habe dabei den Nachbar nur gehört, aber nicht gesehen. Er drohte hernach (im Gespräch zu seiner Frau), den Nachbar totzuschießen, dies habe letzterer von weitem (er war nicht zu sehen) gehört und zu des Pat. Frau erklärt, er nehme das Wort — Schuft — zurück. Pat. hörte, wie der Nachbar dies erklärte, und wartete, bis die Frau ihm nochmals diese Erklärung des Nachbars überbrachte, was sie aber nicht tat. „Sie schweifte jedesmal ab, wenn ich von der Sache Engler zu reden anfing, wurde ganz verlegen, fing vom Haushalt an zu reden, in der folgenden Nacht schlief sie viel unruhiger als sonst", dies war ihm sehr auffallend, er merkte daran, daß die Frau zu dem Nachbarn in einem unerlaubten Verhältnisse stand. Er drang danach in sie, sie möchte die Wahrheit bekennen, was sie aber nicht tat. „Ich kann es nicht beweisen, aber ich kann nicht wetten darauf, daß es die beiden nicht miteinander gehabt haben." Seine Frau, sagt er, sei auch hier. Er habe das von Stimmen vom oberen Stockwerk gehört, die sich erzählten: „dem Stadtmüller seine Alte ist auch da." Jedenfalls werde sie sich auch hier behandeln lassen, werde wohl auch krank sein wie er; er fühlte sich zu Hause nicht wohl, lasse sich lieber hier behandeln. Seine Frau wolle er nicht mehr sehen, wolle nichts mehr mit ihr zu tun haben, die hätte auch mitgeholfen, ihn umzubringen, wenn es gelungen wäre; aber als er von der Sanitätswache geholt wurde, haben die Leute so sehr geschrien; daß auch schließlich der Nachbar Engler abgeholt wurde, dieser sei auch hier in der Klinik.

Dies alles erzählt Pat. mit lebhafter Miene und Gestikulationen, ereifert sich häufig, ist vorwiegend heiterer Stimmung. Die Stirn ist gerunzelt, der Blick stets starr auf den Untersucher fixiert, die Gemütslage stark affektiv.

Eine Sprachstörung ist nicht vorhanden.

Er rechnet gut.

Gegen den Vorhalt, daß die Stimmen und die Eifersucht auf seine Frau auf Einbildung beruhen, verhält er sich refraktär. In weiterer Exploration gibt Pat. noch an, er habe Montag abend sehr großen Durst gehabt, seine Frau aufgefordert, ihm Wasser zu geben, was sie aber nicht tat, sondern ruhig weiterschlief; daraus schöpfte er den Verdacht, daß sie ihm nicht mehr treu sei. Am folgenden Morgen hörte er Stimmen vor seiner Wohnung: „Stich hier, stich dort", wurde danach sehr ängstlich, konnte sich nicht mehr fassen, wollte sich zum Fenster hinausretten, wurde aber noch von seiner Frau daran gehindert.

Körperlicher Befund: mittelgroß, in etwas reduziertem Ernährungszustand, von grazilem Knochen- und Muskelbau.

Pupillen reagieren prompt. Patellarsehnenreflex beiderseits lebhaft. Keine spastischen Reflexe. Temperatur normal. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Wassermann im Blut negativ.

9. IX. 1911. Heute morgen ist Pat. völlig verändert; er sieht ein, daß alles Einbildung war, glaubt nicht mehr, daß ihm seine Frau untreu sei, weiß nichts mehr davon, daß ihn sein Nachbar verfolgen will, es wolle ihm überhaupt kein Mensch etwas zuleide tun. Lächelnd meint er, das von gestern müsse ein rauschähnlicher Phantasiezustand gewesen sein; so was werde ihm wohl nicht mehr vorkommen, er werde sich schon über derartige Einbildungen hinwegsetzen.

Der Gesichtsausdruck ist noch verändert, etwas starr, gefesselt, sieht begierig, mit aufgerissenen Augen, um sich, nach allen Dingen der Umgebung. Ist redselig, von lebhafter, etwas euphorischer Stimmung, gestikuliert. Will bald wieder arbeiten. Bisher immer normale Temperatur.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

10. IX. 1911. Ist heute völlig geordnet, hat volles Verständnis für den überstandenen Zustand, verspricht, wenn er wieder etwas Derartiges merken sollte, ins Krankenhaus zu kommen.

Spricht und benimmt sich ganz natürlich. Kann sich nicht erklären, wie das über ihn gekommen sei.

Nach Hause entlassen.

Katamnese, vom Pat. selbst erhoben.

14. II. 1912. Nach der Entlassung zunächst ganz frei. Hatte keine Sinnestäuschungen mehr, keine Wahnideen, war durchaus einsichtig. Nach etwa 14 Tagen, zur Zeit des Oktoberfestes, leichter Rückfall. Hatte an einem Tage schwer gearbeitet, fühlte sich abends sehr müde, ging bereits $^1/_2$8 Uhr ins Bett. Nachdem er etwa eine halbe Stunde lang im Halbschlummer gelegen hatte, hörte er plötzlich wieder ein lautes Lärmen. Es war gerade, als wenn gegenüber seiner Wohnung ein Haus abgebrochen würde. Er hörte deutlich die Pickelschläge auf das Gemäuer, das krachende Geräusch der Stemmeisen, das dumpfe Geräusch der stürzenden Balken, das hellere Geräusch der fallenden Bretter. Menschliche Stimmen hat er nicht gehört. Gesehen hat er nichts. Er habe die Sache gleich seiner Frau mitgeteilt. Er habe sich aber gleich selbst gesagt, das sei wieder Schwindel, habe der Sache keine Beachtung geschenkt, sich immer gesagt, wenn er nicht dagegen ankämpfe, gehe es ihm wie das erstemal, gerate er wieder in den Wahnsinn hinein. Nach etwa $^3/_4$ Stunde war der Lärm vorüber. Er schlief ein und schlief die ganze Nacht fest durch. Besonders aufgeregt sei er an diesem Abend nicht gewesen. Habe an diesem Tage nur sein gewöhnliches Quantum Bier, nämlich einmal 3 Quart und dann noch eine Halbe, zu sich genommen. Schnaps trinke er überhaupt nicht, den Tee trinkt er mit Zitrone. An dem Tage sei es auch nicht anders gewesen. Seit diesem Rückfall ganz gesund geblieben. Jetzt befinde er sich ganz gut, sei völlig frei von Sinnestäuschungen. Woher die Sache gekommen sei, könne er sich nicht erklären. Es müsse das eine Krankheit gewesen sein, die vielleicht im Blute liege. „Ist es vielleicht hämorrhoidal gewesen?“ In den Jahren dazu sei er ja.

Pat. spricht ganz natürlich, behandelt die Sache ernsthaft, hat sich vorgenommen, niemals solchen Ideen und Täuschungen zu unterliegen.

Gibt über den früheren Anfall noch folgendes an. Streitigkeiten mit dem Nachbarn seien der Sache nicht vorausgegangen. Der Mann habe in Wirklichkeit nie ein böses Wort gegen ihn fallen lassen. Sie seien die besten Freunde. Dagegen habe er an dem betreffenden Tage besonders viel gearbeitet gehabt, viel mehr als an anderen Tagen. Er habe ferner schon seit 8 Tagen allabendlich Stimmen gehört gehabt, habe aber niemandem etwas davon gesagt, jeden Abend stärker. Tagsüber habe er dann über das am Vorabend Gehörte nachgesonnen, sei immer erregter geworden, habe fest an die Wirklichkeit der Stimmen geglaubt. Am 8. Tage sei dann plötzlich der schwere Ausbruch der Krankheit gekommen. Überanstrengt habe er sich nur an dem letzten Tage. Seine Arbeit sei aber ganz ordentlich gewesen, tadellos wie sonst.

Der Bruder des Vaters habe in den letzten 12 Jahren seines Lebens an religiösem Wahn gelitten. War nicht in einer Anstalt. Starb mit 69 Jahren. Sonst keine Belastung.

Zusammenfassung: Ausbruch der Krankheit im 35. Lebensjahre ganz akut, mit vereinzelten Sinnestäuschungen und vagen Eifersuchtsideen. Dabei heftige Angst. Nach vorübergehender Beruhigung schießen plötzlich massenhafte Sinnestäuschungen auf, die Angst vertieft sich rasch (der Kranke klammert sich an seine Frau, äußert heftige Furcht vor Verfolgern, wähnt umgebracht zu werden, will zum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fenster hinaus). In der Klinik, 8 Tage nach Beginn der Erkrankung, in leichter Erregung, spricht schnell unter lebhaften Gestikulationen, leicht euphorischer Stimmung. Halluziniert akustisch.

Nach 2 Tagen rasche Beruhigung. Am 3. Tage Krankheitseinsicht, 14 Tage später leichtes Rezidiv, dann volle Genesung.

Die 4 im vorstehenden geschilderten Fälle haben trotz ihres verschiedenen Ausganges zweifellos in vielen Beziehungen so große klinische Ähnlichkeiten, daß es nicht ohne weiteres als Willkür angesprochen werden kann, wenn ich gewagt habe, sie als den Ausdruck ein und desselben Krankheitsprozesses und somit als eigene Krankheitsform aufzufassen. Was alle 4 Fälle gemeinsam auszeichnet, ist zunächst ihr mehr oder minder akuter Krankheitsbeginn.

Beim 1., 3. und 4. Fall ist das akute Einsetzen der Psychose wohl nicht zu bezweifeln; beim Fall 2 könnte es allerdings angefochten werden, doch setzte auch hier die eigentliche Psychose rasch ein und erreichte in kurzer Zeit lawinenartig anschwellend ihren Höhepunkt. Allen 4 Fällen gingen Prodromalerscheinungen voraus, die jedoch die Arbeitsfähigkeit der davon Betroffenen nicht ernstlich beeinträchtigten und nach außen hin nicht oder doch nur wenig als psychopathisch imponierten. Diese Prodromalerscheinungen dauerten in keinem Falle eine so geraume Zeit, daß man von einer subchronischen oder gar chronischen Entwicklung des Leidens sprechen könnte. Im 1. Falle gingen sie dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit 3—4 Wochen voraus und bestanden in ängstlicher Verstimmung mit vagen Unheilsideen. Im 3. Fall dauerten sie 8 Tage und kleideten sich in ängstliche Schreckhaftigkeit mit Unheilsideen, begleitet von einem unbestimmten Krankheitsgefühl. Im 4. Fall gingen dem Ausbruch des offenkundigen Irreseins durch 8 Tage allabendliche Sinnestäuschungen voraus, die von Abend zu Abend an Stärke zunahmen, ohne den Kranken der Umgebung auffällig zu machen. Im 2. Falle endlich hören wir vom wiederholten Aufflackern und Wiedererlöschen der Krankheit durch mehrere Monate, von gelegentlichen, anscheinend bald schwindenden Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen, bis dann die eigentlichen Prodromalerscheinungen des definitiven Krankheitsausbruches in Form von abenteuerlichen Wahnideen bei vorherrschendem Affekt der Angst einsetzten.

Die Krankheit selbst leitet in allen 4 Fällen die Angst ein. Diese tritt entweder rein auf oder kleidet sich in Trugwahrnehmungen und Wahnideen verfolgenden und bedrohenden Inhalts.

Die Berechtigung, von der Angst als einer primären Erscheinung in meinen Fällen zu sprechen, leite ich von der Tatsache her, daß in allen Fällen die Angst tatsächlich vorhanden war und den Krankheits-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bildern bis zu einem gewissen Grade ihr Gepräge verlieh. Der Möglichkeit des Einwandes, daß beim plötzlichen Aufschießen von massenhaften Sinnestäuschungen und plötzlichen Auftauchen von unheilschwangeren Wahnideen die Angst eine natürliche Folge sei und somit nicht primär zu sein brauche, bin ich mir bewußt, glaube jedoch berechtigt zu sein, die Gegenfrage zu stellen, was wohl die Ursache der bedrohenden Sinnestäuschungen und unheilverkündenden Wahnideen gewesen sei, wenn nicht die Angst. Gewiß steht die Stimmung eines Menschen in Abhängigkeit von seiner Gedankenwelt, aber ebenso gewiß ist die umgekehrte Abhängigkeit, die des Gedankeninhalts von der Stimmung, nicht nur nicht minder bedeutungsvoll, sondern bedeutungsvoller. Überall dort, wo stark affektbetonte Vorstellungen sozusagen aus dem Urgrund des Seelenlebens allen Assoziationsgesetzen hohnsprechend auftauchen, muß ich annehmen, daß eine Affektspannung sie geweckt und über die Schwelle des Bewußtseins gehoben habe. Die Affektspannung selbst ist aber der Ausdruck der beginnenden oder begonnenen Erkrankung. Aber auch zugegeben, die Angst wäre lediglich eine Folge der massenhaft aufschießenden Sinnestäuschungen oder der wahnhaften Gedankengänge, so bliebe doch die Tatsache bestehen, daß alle 4 Fälle unter Angst auf der Szene erschienen[1]).

Als eine direkte Folge der Angst sehe ich die unsere Fälle geradezu charakterisierenden Erinnerungsfälschungen paraphrenen Charakters an. Es ist die bohrende, zum Nachdenken und Grübeln drängende Angst, die sie hervorbringt. Unter dem Drucke dieses Affektes werden tatsächliche Vorkommnisse im unheimlichen, bedrohenden Sinne gefälscht und wahnhaft ausgebaut.

Unser Patient Saller (Fall 2) fiel zunächst durch sein verlorenes, mißtrauisches Wesen, durch seinen stieren Blick auf. Er hörte auf zu arbeiten und ergab sich dem Trunke. Offenbar drückte ihn ein dumpfes Angstgefühl. Er ging zu Gericht und machte dort eine phantastische Anzeige gegen seinen Nachbarn, vor dem er sich, wie er selbst zugab, fürchtete. Er machte Anstalten, seinen Aufenthaltsort zu verlassen. Nun nahm die Angst rasch zu, und mit der Angst schossen neue Erinnerungsfälschungen auf: man habe Menschen geschlachtet, er habe einen toten Arm ausgegraben. Auf der Höhe der Angst hörte unter ihrer lähmenden Wirkung die Produktion von wahnhaften Vorstellungen

[1]) Die Frage nach der Bedeutung der Affekte im Initialstadium der Paranoia ist schon oft und eingehend diskutiert worden. Ich erinnere nur an die Arbeiten von Sandberg, Bleuler, Margulies, Pick, Tiling, Specht, Linke u. a. Bei chronischen Formen erblickte man im Mißtrauen oder in der „gespannten Erwartung" oder in einer „unbestimmten Unruhe", bei akuten in der Ratlosigkeit (Wernicke) jenen Primäraffekt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorübergehend auf, um beim Nachlassen der lähmenden Wirkung sofort wieder einzusetzen.

Die Kranke Pillmeier (Fall 3) führte ihre Angst auf die Prophezeiungen der Kartenschlägerin zurück. Es ist nicht einzusehen, auf welche Art und Weise sie auf diese Ideen gekommen wäre, wenn nicht unter dem Einflusse der Angst. Als sich die Prophezeiungen nicht zu erfüllen schienen, wurden, um die bohrende Angst zu befriedigen, unter unseren Augen immer mehr und mehr ins einzelne gehende Vorhersagen in der Erinnerung gefälscht. Wir sind geradezu Zeugen dieser Umwandlung des Affektes in Wahnideen. Die Kranke fleht in ihrer Angst den Arzt an: „Herr Doktor, Sie sind meine einzige Rettung, Sie sind meine wirkliche Rettung", und fügt, sich selbst täuschend, hinzu: „Die Frau hat mir gesagt, ein Herr wird Ihre Rettung sein."

Wie das Mißtrauen zum Beziehungswahn und die Gereiztheit zum Marterwahn, so führt die Angst unter bestimmten Bedingungen zu Trugerinnerungen bedrohenden Inhalts. Und je intensiver der Affekt, desto präziser die Täuschung. Das Mißtrauen, ein spannungsschwacher Gemütszustand (im Verhältnis zur Angst), führt nur zu vagen Beziehungsideen: Es geht was vor, Obacht! Die Angst, die will konkretes Material. Und so sehen wir in unseren Fällen einen ganz scharf präzisierten, eindeutigen, ganz bestimmte Personen umfassenden Wahn die Szene beherrschen. Und dementsprechend ist auch der Wahninhalt: Es geht unmittelbar ums Leben. Wir hören nichts von spöttischen Blicken, von vielsagenden Gesten, vom verächtlichen Ausspucken seitens der Feinde, es heißt vielmehr klipp und klar: „Stich zu, stich hinein, daß er gleich tot ist." Es ist keine eigentliche Verfolgung, es ist eine unmittelbare Bedrohung. Darin liegt auch der Grund, daß unsere Fälle auch im Nebensächlichen so ähnlich sind. Saller und Spieß berichten von Leichen und Menschenschlächtereien, und alle wähnen den Feind hinter der erstnächsten Tür. Die Angst beherrscht das Feld, darum nenne ich das Krankheitsbild akute Angstpsychose.

Aber — so wird man mir vielleicht einwenden — Affekte können nicht primär auftreten, da sie stets an Bewußtseinsinhalte irgendwelcher Art geknüpft sein müssen. Theoretisch mag das stimmen, praktisch stimmt es nicht. Es ist eine alltägliche Erfahrung, daß nach dem Untertauchen eines lebhaft affektbetonten Erlebnisses unter die Bewußtseinsschwelle die entsprechenden Affekte eine geraume Zeit noch leise nachvibrieren und das, was man die grundlose Stimmung nennt, ausmachen. Und diese nach einem Erlebnis persistierenden Stimmungsaffekte sind je nach dem vorausgegangenem Erlebnis spezifisch gefärbt, trotzdem der Gedankeninhalt sich nicht mehr im Bewußtsein befindet. Es ist somit nicht richtig, daß ein Affekt, praktisch genommen, stets mit einem Bewußtseinsinhalt vergesellschaftet sein müßte, und ich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verweise diesbezüglich auf die Stimmungsanomalien des manisch-depressiven Irreseins,. die neurasthenisch-hypochondrischen Verstimmungen, die Launen der Hysterischen usf.

Man kann theoretisch die Gemütsbewegung definieren als die Reaktion der Psyche auf sich selbst, als den Ausdruck des intrapsychischen Energiegleichgewichtes, als die Dispositionsform zur Aufnahme adäquater Inhalte. Daß auch die Inhalte eine adäquate Reaktion auf die Stimmung, eine Beeinflussung intrapsychischen Energiegleichgewichtes und somit eine Änderung der Dispositionsform zur Folge haben, ist selbstverständlich. Aber diese Inhalte, sofern sie unabhängig von äußeren Eindrücken, lediglich nach Assoziationsgesetzen ins Bewußtsein treten, streben stets der gegebenen Dispositionsform, d. h. der gegebenen Stimmungslage sich anzupassen: der Traurige ist traurig, weil er traurige Gedanken hat, und hat traurige Gedanken, weil er traurig gestimmt ist.

Es ist wohl kaum zu bezweifeln, daß ein Krankheitsprozeß als solcher imstande ist, die psychische Dispositionsform zu ändern und auf diesem Wege krankhafte Gedankeninhalte ins Bewußtsein zu heben.

Dies zugegeben, ist die nächste Frage: Woran liegt es, daß ein Affekt, z. B. die Angst, in einem Falle depressive, nihilistische, in einem anderen hingegen persekutorische und minaziatorische Ideen aufscheucht? Die Ursache dafür kann meiner Ansicht nach nur in der Natur des das psychische Gleichgewicht störenden Vorganges (Krankheitsprozesses), als deren Ausdruck subjektiv die Angst erscheint, liegen. In Konsequenz dieses Gedankens kann man auch sagen, es gibt nicht bestimmte Affekte schlechthin, sondern nur Affektfärbungen. Man kann so gut von einer depressiven wie von einer paraphrenen oder schizophrenen Angst sprechen, ohne den Tatsachen einer Annahme zuliebe Gewalt anzutun. Die spezifische Affektfärbung ist der unmittelbare Ausdruck des spezifischen Krankheitsprozesses, das Ursymptom der betreffenden Erkrankung, das allen Krankheitsfällen derselben Krankheitsform eigentümliche Grundphänomen, die für die betreffende Krankheitsspezies charakteristische Dispositionsform. Alles, was auf dieser Dispositionsform erwächst, ist zahllosen Variationen unterworfen und hängt von der individuellen Artung des Erkrankten, von seiner Erziehung und seinem Bildungsgrade, seinen Lebenserfahrungen und seinen Neigungen, kurz davon ab, was man die individuelle Prägung nennt. Dazu gehört in erster Linie das, was man den Inhalt der Psychose nennt. Daß dieser Inhalt in groben Umrissen bei allen Menschen der gleiche bleibt, ist eine Folge der psychischen Uniformität der Menschenrasse und ihrer sozialen Einrichtungen.

Faßt man als das eigentliche Wesen der Geisteskrankheiten mit Wernicke die sog. Sejunktion auf, so kann man sagen: Es gibt Formen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geistiger Erkrankung, bei welchen als die unmittelbare Folge dieser Sejunktion im subjektiven Erleben ein Affekt erscheint als der unmittelbare Ausdruck der durch die Sejunktion gesetzten Gleichgewichtsstörung. Dieser Primäraffekt ist die Quelle der gedanklich-inhaltlichen Störungen der betreffenden Psychose, insofern als die diesem Affekt adäquaten Assoziationskomplexe anklingen und unter Umständen in Form von Wahnideen und bei genügender Intensität des Prozesses in Form von Sinnestäuschungen ins Bewußtsein treten. Die fortschreitende Sejunktion kann dann diese Komplexe vom übrigen Bewußtseinsinhalt abspalten und sie auf diese Weise fixieren; bestimmte Assoziationsverbindungen ursprünglich zu mobilisieren ist die Sejunktion jedoch nicht imstande. Überall dort, wo ich im Gedankenablauf psychische Gesetzmäßigkeiten nachzuweisen imstande bin, mit anderen Worten, wo ich in der inhaltlichen Störung einer Geisteskrankheit System finde, muß ich als Primum movens entweder wieder Vorstellungskomplexe oder aber Affekte ansprechen. Die Sejunktion als solche kann unmöglich nach logischen Gesichtspunkten spalten und hemmen. Wo die Sejunktion keine Affekte mobilisiert, kommt es zum systemlosen Zerfall der psychischen Individualität, zur schizophrenen Zersetzung. Und was in einer solchen schizophrenen Zersetzung dennoch als Systematisiertes erscheint, das ist ein Produkt der durch die Zersetzung gesetzten Affekte. Die systemlose Zersetzung ist affektlos, und andauernde Affekte bestimmter Färbung führen zwingend zum System. In einer paranoiden Demenz (Kraepelin) ist genau so viel System enthalten, als Affekt darin vorhanden ist oder vorhanden war.

Weil in unseren Fällen die Angst paraphrene Ideengänge mobilisiert, habe ich die Krankheit paraphrene Angstpsychose genannt.

Die große Schwierigkeit bei Gruppierungsversuchen paranoider Psychosen liegt in der Unsicherheit der Wertung einzelner Krankheitssymptome. Ich erinnere an den chronischen Streit über die Zulässigkeit der Zweiteilung der chronischen Paranoia in zwei Krankheitsspezies, in die P. simplex und in die P. halluzinatoria. Während einige Forscher dem Vorkommen von Sinnestäuschungen einen großen differentialdiagnostischen Wert beilegen, vertreten andere den Standpunkt, daß das Vorhandensein oder Fehlen von Sinnestäuschungen ganz irrelevant sei. Da man dasselbe wohl von allen Symptomen behaupten kann, so umfaßt die Paranoia bei manchen Autoren alle wahnbildenden Psychosen, ganz einerlei ob Sinnestäuschungen vorhanden sind oder nicht, und ohne Rücksicht auf die Art und Reihenfolge der Wahnbildung, ihre Quelle, ihre Vergesellschaftung mit Affekten usf. Und es läßt sich tatsächlich nicht bestreiten, daß man mit größten Schwierigkeiten zu kämpfen hat, wenn man versucht, auf Grund eines einzigen oder einiger weniger Symptome Differenzierungen innerhalb der paranoid-

Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

psychopathologischen Welt vorzunehmen. Symptome, die jahrelang fehlen können, erscheinen plötzlich überreichlich und umgekehrt. Ganz besonders gilt das von den Sinnestäuschungen. Aber was von einzelnen Symptomen gilt, gilt nicht auch von ganzen Symptomenkombinationen. Es gibt in der Psychiatrie wie in der übrigen Medizin ganz bestimmte Symptomverbindungen, die für ganz bestimmte Krankheitsformen charakteristisch sind, und es ist ein logisches Postulat, daß sich eine Krankheitsform als Species sui generis aus ihrer Symptomatologie heraus erkennen lassen muß. Gibt es tatsächlich verschiedene Krankheitseinheiten innerhalb des weiten Gebietes der paranoiden Psychosen, so muß diese Tatsache auch in der Symptomatologie der betreffenden Krankheiten irgendwie zum Ausdruck kommen, und es liegt für uns kein Grund vor, mit Hoche an der Fruchtbarkeit und Zweckmäßigkeit klinisch-psychiatrischer Forschung in dieser Richtung zu verzweifeln.

Eine solche charakteristische Symptomverbindung glaube ich in meinen im vorstehenden geschilderten Fällen erblicken zu dürfen.

Akuter Beginn mit Angst und daraus aufsprießenden paraphrenen Gedankenkomplexen bedrohenden, phantastischen, dabei aber scharf und bestimmt ziselierten Inhalts in Form von Erinnerungsfälschungen und Trugwahrnehmungen. Entsprechend dem Grundaffekt der Angst ist die paraphrene Wahnbildung — und darauf lege ich das Hauptgewicht — wie gesagt nicht so sehr verfolgenden als vielmehr bedrohenden Inhalts und kleidet sich im Gegensatz zur paranoiden Angstpsychose auf alkoholischer Basis in vollentwickelten Fällen in eigenartig phantastische Erinnerungsfälschungen nebst Sinnestäuschungen.

Die Psychose erreicht unter Schwankungen rasch ihren Höhepunkt, um dann plötzlich abzufallen und in einen chronischen Zustand auszuklingen. Zu diesen Kardinalsymptomen kommen einige das Krankheitsbild schärfer beleuchtende Nebensymptome hinzu, die zum Teil von jenen unabhängig, zum Teil eine direkte Folge davon sind. Von ersteren ist namentlich der Rede- und Mitteilungsdrang der Kranken im akuten Stadium der Erkrankung hervorzuheben, welcher geradezu als eine Beschleunigung des Gedankenablaufes unabhängig von der Angst imponiert und zum Teil die überreichliche Wahnbildung mitzubedingen scheint. Im Einklang damit steht ein weiterer Zug unserer Kranken, der allerdings wenig auffällt, jedoch unzweifelhaft vorhanden ist, ich meine eine leicht humoristisch-heitere Färbung der Stimmung, die die Angst unterlagert und in angstfreien Zeiten deutlich hervortritt. Von unserem Kranken Spieß (Fall 1) heißt es in der Krankengeschichte der Irrenanstalt Eglfing, daß es merkwürdig leicht gelinge, ihn zum Lachen zu bringen, selbst wenn er die schrecklichsten Verfolgungen, denen er ausgesetzt sei, vorbringt, und vom Kranken Saller (Fall 2)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heißt es: „Seine sprachlichen Äußerungen entbehren nicht der humoristischen Färbung." Patient Stadtmüller (Fall 4) war nach dem Abklingen der Angst „vorwiegend heiterer Stimmung", und nur bei der Patientin Pillmeier (Fall 3) ließ die andauernde heftigste Angst diese Stimmungsfärbung nicht durchschimmern.

Vielleicht ist diese heitere Affektdisposition eine der Quellen, aus welchen im späteren Verlaufe der Erkrankung die spärlichen Förderungsideen fließen.

Eine zweite Eigentümlichkeit unserer Fälle ist ihre Neigung zu Rezidiven, oder wohl richtiger gesagt, ihr Verlauf in Schüben. Beim Fall 2 ist der schubweise Verlauf geradezu in die Augen springend. Die einzelnen Attacken drängen sich in diesem Falle zeitlich aneinander und erwecken den Eindruck einer subchronischen Entwicklung des Leidens. Der akute Ausbruch der letzten und endgültigen Attacke beleuchtet aber, glaube ich, den anfallsartigen Charakter der Psychose zur Genüge.

Im Falle 3 ging vor 8 Jahren der Schlußkatastrophe ein kurz dauerndes Vorspiel voraus. Beim Kranken Stadtmüller (Fall 4) hören wir von einem leichten Rückfall bald nach seiner Genesung, und ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, daß die von uns beobachtete Episode nur als ein solches Vorspiel aufzufassen ist.

Beim Kranken Spieß (Fall 1) konnte allerdings nichts Derartiges nachgewiesen, aber bei seinem dunklen Vorleben auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

In allen vier Fällen kam schließlich die Erkrankung nach dem vollendeten dritten Lebensdezennium zum erstmaligen Aufflackern, in einem Lebensalter, in welchem die echten Schizophrenen meist schon verblödet sind.

Ich habe die hier uns beschäftigende Krankheitsform als eine akute bezeichnet. Es geschah dies im Hinblick auf ihren akuten Beginn, und ich glaube, daß man mir daraus keinen Vorwurf machen wird. In Übereinstimmung mit den Gepflogenheiten der übrigen klinischen Disziplinen hat man auch in der Psychiatrie das Recht von akuten Erkrankungen auch dann zu sprechen, wenn das betreffende Leiden im späteren Verlaufe zum chronischen wird. Was außer dem akuten Beginn noch gefordert wird, ist der Umstand, daß das Leiden nicht notwendig, seinem Wesen nach, einen chronischen Verlauf nimmt, und falls das geschieht, daß innerhalb des Gesamtverlaufs der Erkrankung sich die akute Phase deutlich abhebt. Und dieser Forderung ist in unseren Fällen Genüge getan.

Man ist im Gegensatz zur älteren Psychiatrie seit Kahlbaum und Kraepelin dazu übergegangen, das diagnostische Hauptgewicht auf den Gesamtverlauf und insbesondere auf den Ausgang einer Psychose

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu legen und die Stellung der letzteren im System der Krankheitsformen nach ihrem Endbilde zu bestimmen. So gewiß diese Praxis einerseits ihre Berechtigung hat, so sicher führt sie andererseits zu schweren Irrtümern. Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß es zu erwarten steht, daß eine bestimmte Krankheitsform ein bestimmtes, für sie irgendwie charakteristisches Endbild darbieten wird. Aber man darf dabei nicht vergessen, daß Endbilder verschiedener Psychosen untereinander fast notwendig ganz wesentlich weniger differieren müssen als die vollentwickelten Psychosen, und daß somit die Unterschiede zweier differenter, aber klinisch ähnlicher Psychosen in ihren Endbildern noch weiter sich verwischen werden. Aus dem Endbilde allein eine voraufgegangene Psychose zu bestimmen ist unendlich schwieriger als umgekehrt das Endbild aus dem rezenten Bilde vorauszusagen. Man darf sich nicht der Täuschung hingeben, daß uns die Symptomatologie der Endzustände besser bekannt sei, als die der relativ frischen Erkrankungen, oder daß sie unserer Forschung leichter zugänglich sei. Im Gegenteil: in den Endzuständen verwischen sich ganz wichtige Differenzen, ohne daß uns diese Tatsache zur Schlußfolgerung berechtigte, daß deshalb die vorher bestandenen Differenzen nebensächlicher Natur gewesen seien. Wo ein hochdifferenziertes Organ infolge von Krankheitsprozessen verödet, dort müssen naturgemäß seine Leistungen unter dem nivellierenden Einflusse der Krankheit einförmiger werden, ganz einerlei, welcher Natur der zur Nivellierung führende Prozeß gewesen. Daß die Endzustände nach Psychosen überhaupt Unterschiede untereinander zeigen, ist zu einem nicht geringen Teile eine Folge der hohen Differenzierung der menschlichen Psyche, oder wenn man will, des menschlichen Gehirns. Eine erkrankte Affenpsyche kann psychiatrisch unmöglich die reiche Formenfülle menschlicher Psychosen produzieren, und ist von diesem Gesichtspunkte aus die Formverschiedenheit der Geisteskrankheiten eher ein Ausdruck der hohen Entwicklung der menschlichen Psyche als ein Ausdruck differenter Krankheitsprozesse, aber deswegen sind die verschiedenen Formen geistiger Erkrankung doch etwas Gegebenes, und somit ein Objekt wissenschaftlicher Forschung. Man muß sich klar darüber sein, daß das, was wir einen krankhaften geistigen Prozeß nennen, nicht gleichbedeutend oder gar identisch ist mit dem, was man einen krankhaften Hirnrindenprozeß heißt. Geisteskrankheit kann man nicht ohne weiteres als Gehirnkrankheit definieren, wie das meistens geschieht. Das Psychische folgt eigenen Gesetzen und ist Funktionsstörungen unterworfen, denen nichts Pathologisch-Anatomisches im üblichen Sinne zugrunde liegt. Ich verweise nur auf die Tatsache des Irrtums, der nur dem Psychischen zukommt. Aber wie es eine Psychologie gibt und stets geben wird, ohne die notwendige Voraussetzung einer Hirnphysiologie, so hat auch die Psychiatrie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

psychopathologische Tatsachen zum wissenschaftlichen Objekt, die aller Hirnpathologie ferneliegen. Es handelt sich in der Psychiatrie nicht vornehmlich und in erster Linie darum, Geisteskrankheiten restlos auf Gehirnerkrankungen zurückzuführen, so wünschenswert dies auch sein mag, sondern um das Studium und die Erforschung des psychopathischen Geschehens als solchen ohne Rücksicht auf das Materiell-Nervöse. Glückt es mir, aus einer bunten Mannigfaltigkeit des psychopathologischen Geschehens eine Gruppe abzugrenzen, die sich durch gewisse konstante Züge als solche zu erkennen gibt, so bin ich berechtigt von einem besonderen Typus jenes Geschehens zu sprechen, und wenn ich dabei den ganzen Ablauf dieses Geschehens forschend berücksichtige, so gewinnt die abgegrenzte Gruppe die Wertigkeit einer Krankheitsform.

Eine noch so herrliche Gehirnveränderung unter dem Mikroskope, wenn sie intra vitam nicht von psychischen Symptomen begleitet gewesen ist, ist kein Objekt der Psychiatrie und umgekehrt: ein krankhaftes psychisches Geschehen bleibt auch dann ein psychiatrisches Objekt, wenn es keine erkennbaren Spuren im Gehirne eingegraben hat. Man verfällt immer wieder dem Irrtum, wonach in der Psychiatrie nur so viel Wissenschaft stecken sollte als Neurologie darin steckt. Es ist vom Vorteil, wenn man Psychiatrisches auf Neurologisches zurückzuführen imstande ist, aber ein Postulat ist das nicht. Es ist eine Täuschung, wenn man meint, die Hirnphysiologie habe nur eines jener vielen Erkenntnisse vermittelt oder auch nur angebahnt, die den Inhalt der Psychologie ausmachen. Der Weg ging geradezu umgekehrt: man hat aus der Physiologie nur so viel Psychologisches herausgelesen, als man es vorher hineingelegt hatte. Es führt kein Weg vom Psychischen ins Materielle, und wenn es einmal einen solchen geben sollte, so wird man sicher niemals den umgekehrten Weg vom Physischen ins Psychische gehen können. Viel Verwirrung hat in diese Fragen die moderne Verquickung der Psychiatrie mit der Neurologie getragen. Als man einerseits erkannt hatte, daß die Hirnrinde in irgendeiner Beziehung zum Psychischen stehen müsse, und man anderseits bei Läsionen ganz bestimmter Hirnrindengebiete ganz bestimmte Ausfälle auf subpsychischem Gebiete beobachtete, war der Versuch naheliegend, auch die höchsten psychischen Leistungen neurologisch zu fassen und zu deuten. Den klassischen Versuch in dieser Richtung stellt bekanntlich die Wernickesche Psychiatrie dar. So verlockend und aussichtsreich dieser Plan zunächst erscheinen mochte, so sicher muß er als mißlungen angesehen werden. Es ist wieder nur eine Täuschung, wenn man meint, Wernickesche Theorien hätten uns dem Verständnis des Psychopathologischen nähergebracht. Auch hier handelt es sich um ein Hineintragen von rein psychiatrischen Erkenntnissen ins Neurologische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und um das nachträgliche Herauslesen der ersteren aus diesen. Nur wer die japanische Sprache wirklich versteht (ohne sie lesen zu können), hat Nutzen davon, wenn man sie ihm in lateinischer Schrift vorsetzt.

Auch wenn somit die Endzustände nach gewissen klinisch unterscheidbaren Psychosen dafür sprechen würden, daß die voraufgegangenen Psychosen, neurologisch betrachtet, der Ausdruck ein und desselben Krankheitsprozesses seien, hätten wir kein Recht, sie auch psychiatrisch zusammenzuwerfen, ist doch das ursprüngliche und unmittelbare Forschungsgebiet der Psychiatrie das Psychische ohne Rücksicht auf das Nervöse. Die Vertreter der neurologischen Richtung in der Psychiatrie berufen sich mit Vorliebe auf die progressive Paralyse, behauptend, die Erkenntnis der Einheitlichkeit dieser Erkrankung stütze sich auf die Neurologie resp. auf die pathologische Anatomie. Dieser Anschauung kann ich nicht beipflichten. Wäre die Paralyse psychiatrisch keine Einheit, d. h. wäre sie rein klinisch-psychiatrisch von anderen Psychosen tatsächlich nicht unterscheidbar, so wäre auch durch den schönsten pathologisch-anatomischen Befund nicht das geringste für ihr Verständnis gewonnen. Erst die psychiatrische Abgrenzbarkeit nach rein psychopathologischen Kriterien sichert dieser Erkrankung den Wert einer eigenen Krankheitsform.

Die Endzustände nach Psychosen hätten ferner nur dann einen wirklich erheblichen katadiagnostischen Wert, wenn sie im Einklange mit der Symptomatologie der voraufgegangenen Psychose stünden. Lägen die Verhältnisse so, daß eine Psychosenform stets zu einem nur ihr eigentümlichen Endzustande führte, so könnte man allerdings aus diesem Endzustande auf die klinische Form der floriden Psychose schließen. Aus der Tatsache jedoch, daß verschiedene Psychosen (im klinischen Bilde) zu ähnlichen Endzuständen führen, ist die Schlußfolgerung durchaus nicht erlaubt, daß sie auch wesensgleich seien. Zudem ist die klinische Kenntnis der Endzustände entschieden mangelhafter als die der floriden Erkrankungen und auch unserem Verständnis weniger zugänglich. Unter diesen Umständen aus einer ungefähren Ähnlichkeit der Endzustände weitgehende diagnostische Schlüsse zu ziehen, ist ein gewagtes Beginnen. Differente Zustände nach differenten Psychosen, und wären die Differenzen in den Endzuständen auch nur gering, habe einen unendlich höheren Wert als differente Endzustände nach klinisch gleichen, oder klinisch gleiche Endzustände nach klinisch differenten floriden Erkrankungen.

Sehen wir nun zu, wie sich in unseren Fällen der Weiterverlauf der Erkrankung gestaltet hatte. Der Fall 4 scheidet wegen des Exitus letalis aus. Die beiden ersten Fälle klangen nach dem Abklingen der Angst und nach eingetretener Beruhigung unter raschem Zerfall des im akuten Stadium geschaffenen Wahngebäudes in einen chronischen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

paraphrenen Zustand aus. In beiden Fällen tauchen rasch vage verschwommene expansive Ideen auf (Brüsten mit besonderer Begabung, autopsychische Größenideen ohne System und Konsequenz) auf. Es werden noch gelegentlich Verfolgungsideen geäußert, im großen und ganzen etabliert sich aber ein Zustand relativer Gemütsruhe, von Zeit zu Zeit unterbrochen von heftigen Zornausbrüchen mit reichlichen motorischen Entladungen. Die geäußerten Wahnideen sind vollkommen systemlos und ohne inneren Zusammenhang. Ich zweifle nicht, daß viele Psychiater diese beiden Fälle ohne weiteres der Dementia praecox, und zwar der akut beginnenden Varietät derselben zuzählen und sich dabei auf den soeben skizzierten chronischen, systemlosen Weiterverlauf berufen werden. Ein Vorgehen ebenso bequem wie einfach. Es sei mir aber die Frage gestattet: Wo und wann ist der Beweis geliefert worden, daß alle chronisch auslaufenden, mit einem gewissen Zerfall der Persönlichkeit einhergehenden geistigen Erkrankungen der klinische Ausdruck ein und desselben Krankheitsprozesses seien[1])? Berechtigt dazu die pathologische Anatomie oder irgendwelche neurologischen Erwägungen oder ist nicht vielmehr diese Stellungnahme die Folge eines Machtspruches, demzufolge eben jeder Zersetzungsprozeß Dementia praecox heißen müsse. Sofern sich der Begriff Dementia praecox lediglich auf die im weiteren Verlauf einer Psychose sich einstellende Demenz, die nicht auf eine bekannte organische Gehirnerkrankung oder auf eine bekannte Vergiftung zurückgeführt werden kann, stützt, kann ihm unmöglich die Wertigkeit eines eine Krankheitsform definierenden Begriffes zugestanden werden. Denn er besagt im Grunde genommen nichts anderes, als daß die Psychose in Demenz übergegangen ist. Das ist aber nicht viel mehr als eine Tautologie. Gewiß: eine große Anzahl kataton-hebephren charakterisierter Psychosen klingt in eine eigenartige Demenz aus. Es gibt aber kataton-hebephrene Erkrankungen („kataton-hebephren" rein symptomatologisch verstanden), die nicht in Demenz übergehen, und es gibt nichts weniger als kataton anmutende Psychosen, die zur Demenz führen. Wie soll man da diagnostizieren? Man kommt in die Zwangslage, einerseits Katatonien zu diagnostizieren, die nichts Katatones an sich haben, und anderseits sie nicht zu diagnostizieren, auch wenn sie ganz kataton sind. Der Begriff der Dementia praecox als Krankheitseinheit ist bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens nur auf jene Fälle anwendbar, von welchen er hergeleitet worden ist, d. h. auf Fälle mit typischem Beginn, Verlauf und Ausgang. Alles, was darüber hinausgeht, ist, solange wir keine anderen Kriterien besitzen, um die Diagnose sicher zu stellen, reine Willkür. Solche Willkürlichkeiten führen stets zu maßlosen Er-

[1]) Es ist ganz gut denkbar, daß differente Krankheitsprozesse zu klinisch ähnlichen, und wesensgleiche zu klinisch differenten Endzuständen führen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiterungen eines Krankheitsbegriffes, wie wir das an der Westphalschen Paranoia und an der Kraepelinschen Dementia praecox erlebt haben, und wenn es nach dem Willen Spechts gegangen wäre, auch am manisch-depressiven Irresein erlebt hätten. Nicht verallgemeinern, sondern spezialisieren tut not. Es wäre kein Unglück und keine Katastrophe, wenn die Psychiatrie noch einmal soviel und mehr Krankheitseinheiten in ihrem Systemschatz führen würde, als sie sie jetzt führt, auch wenn sie sich dabei mit Übergangsformen bevölkern müßte.

Aber sind die Ausgänge unserer beiden Fälle wirklich solche, wie wir sie bei typischen kataton-hebephrenen Demenzen zu sehen gewohnt sind? Ich glaube dies bestreiten zu müssen. Abgesehen davon, daß die typisch katatonen Züge: Manieren, Stereotypien, Haltungs- und Handlungsverschrobenheiten, indolente Affektverflachung mit läppischer Verblödung nebst Willensstörung gänzlich fehlen, ist auch der psychische Zerfall unserer Kranken nicht vom schizophrenen Typus. Sie stellen zwar geisteskranke, aber immerhin noch einheitliche Persönlichkeiten dar. Sie vertreten ihren zielstrebig auf Entlassung eingestellten Willen, reagieren einheitlich auf äußere Eingriffe und äußern sich zusammenhängend. Ob diese Äußerungen für den Beobachter immer verständlich sind oder nicht, ist so lange völlig gleichgültig, bis uns ihre inhaltliche Berechtigung in bezug auf den durch die Krankheit inhaltlich und formell veränderten Bewußtseinszustand noch in gänzliche Dunkelheit gehüllt ist. Nicht alles, was als verschroben anmutet, ist tatsächlich verschroben, und nicht jedes Straucheln ist ein Zeichen von Stranskyscher Ataxie. Wie lächerlich und unverständlich erscheinen uns die Bewegungen und Handlungen eines Menschen an seinem Schatten auf den Fenstervorhängen eines beleuchteten Zimmers von außen betrachtet! Im Licht des Zimmers sind sie durchaus zweckbewußt und sinnvoll! Und nicht bloß einmal habe ich bei einer Nachuntersuchung eines angeblich vollkommen psychisch zersetzten Kranken, selbst bei vorhandener Sprachverwirrtheit, Logik gefunden.

Nun gut, aber — so wird man mir vielleicht vorhalten — was berechtigt dich denn, den 4. Fall, der in Genesung übergegangen ist, zu den übrigen Fällen zu zählen? Dieser Vorhalt ist von prinzipieller Wichtigkeit. Es ist eine Folge der diagnostischen Unsicherheit in der Psychiatrie, daß die Ausgänge psychischer Erkrankung eine übertriebene Wichtigkeit erlangt haben. In Ermangelung anderer sicherer Kriterien sah man sich genötigt, in weit höherem Grade als in der übrigen Medizin das Kriterium an den Ausgang der Erkrankung zu heften. Alle Paralysen sterben, alle Katatonien verblöden, alle Zirkulären gehen in Genesung über, das ist in groben Umrissen das prognostische Schema der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychiatrie. Sterben nun wirklich alle Paralytiker? Wahrscheinlich, aber es wäre immerhin möglich, daß manche Paralysen in ihrem Initialstadium zum dauernden Stillstand gelangen. Sicher aber genesen viele Katatoniker, oder um sich besser auszudrücken, klinisch-symptomatologisch ganz dieselben Krankheitsformen, die in anderen Fällen typisch verblöden. Diese Tatsache wird, so allgemein bekannt sie auch ist, viel zu wenig gewürdigt. Sie beweist, daß, wie in den übrigen Gebieten der Medizin, so auch in der Psychiatrie, der Ausgang einer Krankheitsform nicht ihr wesentlicher Charakter ist und wir bestrebt sein müssen, aus der Symptomatologie der floriden Erkrankung heraus unsere diagnostischen Kriterien zu schöpfen und den schließlichen Endzustand als etwas Mögliches, aber durchaus nichts Notwendiges ins Kalkül zu ziehen. Erst wenn es uns gelänge, aus dem Symptomenbilde einer rezenten Erkrankung mit Sicherheit ihren Endzustand vorauszusagen, würde in einzelnen zweifelhaften Fällen der Endzustand selbst den Wert eines verifikatorischen Kriteriums erlangen. Eine Diagnostik aus den Endzuständen als Regel muß mit Notwendigkeit zu ihrer eigenen Verflachung und zu Irrtümern führen, vor allem zur falschen, weil durch nichts bewiesenen Annahme, daß den Endzuständen ein entscheidender Wert innewohne. Aber so wenig irgendeinem einzelnen Symptom unabhängig von anderen Symptomen ein entscheidender Wert zuerkannt werden darf und jedes Symptom erst im Zusammenhange mit allen übrigen Symptomen seine diagnostische Bedeutung gewinnt, so wenig darf auch den Endzuständen in dieser Beziehung ohne zwingenden Grund eine Ausnahme gewährt werden.

Ich bilde mir nicht ein, mit der Veröffentlichung meiner vier Fälle eine unanfechtbare neue, eigenartige Krankheitsform als Spezies aufgestellt zu haben und bin mir vollauf aller Mängel, die meinem Versuche anhaften, bewußt. Die Zahl der Fälle müßte sich verzehnfachen und ihre Beobachtungsdauer zumindest verdoppeln, um sich der Hoffnung hingeben zu dürfen, nicht Gefahr zu laufen, im nächsten Augenblick überrannt zu werden. Dennoch glaube ich, daß auch ein mißglückter Versuch, in die unübersehbare Formfülle der paranoiden Psychosen eine Demarkationslinie zu ziehen, mehr dazu beiträgt, dieses schwierige Problem zu lösen, als die bequeme Übung, alle paranoid gefärbten Fälle von vornherein in einen der beiden stets bereitstehenden Töpfe der Paranoia halluzinatoria oder der Dementia paranoides zu werfen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Aus der Kgl. Psych. und Nervenklinik zu Greifswald
[Direktor: Prof. P. Schröder].)

Die psychischen Erscheinungen der Eunuchoiden.

Von
Dr. **Hans Krisch,**
Assistent der Klinik.

(*Eingegangen am 26. Oktober 1918.*)

Das klinische Bild des „Eunuchoidismus" ist allmählich leidlich gut bekannt geworden und die gegebenen Beschreibungen beweisen, daß man diese Fälle mit Recht von anderen Krankheitsbildern, z. B. den Infantilismen oder aber der Dystrophia adiposogenitalis, abgesondert hat.

Bei der Beschreibung der psychischen Erscheinungen sind jedoch noch Einzelheiten nachzutragen. Besonders ist bisher auf die leichten psychischen Veränderungen zu wenig geachtet worden, was immerhin auffällig erscheint, da man bei den echten Eunuchen auf die Bedeutung der fehlenden Hodenhormone für die männliche Psyche besonders geachtet hat. Andererseits erscheint es angebracht, zu versuchen, ob man nicht auch psychisch die Sonderstellung der Eunuchoiden gegenüber den Infantilen begründen kann und ob man nicht auch über die Ätiologie auf diesem Wege Aufschlüsse erhält. Schließlich liegt es nahe, zu untersuchen, ob und inwieweit etwa einzelne endokrine Drüsen für das Auftreten bestimmter Erscheinungen, wie z. B. der so häufigen epileptischen, verantwortlich zu machen sind.

Auf das Zusammenvorkommen von Epilepsie und Eunuchoidismus hat als erster R. Stern hingewiesen, doch hat dieser noch nicht die Spezifität des klinischen Bildes „Eunuchoidismus" gekannt. Er hob aus seinen Epileptikern sechs heraus, deren Äußeres an eine Dystrophia adiposogenitalis erinnerte, ohne daß jedoch eine Hypophysenerkrankung festgestellt werden konnte. Er hatte den Eindruck, daß die eigenartige Adipositas und das serienweise Auftreten der Anfälle auf eine Stoffwechselstörung unbekannter Natur hinwiesen.

Besonders genaue Angaben über die Psyche der Eunuchoiden und hier wiederum über die epileptischen Erscheinungen haben wir W. Sterling zu verdanken. Derselbe hat nicht nur das klinische Bild des Eunuchoidismus außerordentlich sorgfältig und klar beschrieben, son-

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

dern auch zum ersten Male besonderen Wert auf die Beschreibung der psychischen Erscheinungen gelegt, weshalb ich ihn besonders ausführlich behandele.

Von epileptischen Erscheinungen finden sich bei seinen Fällen folgende: Absencen, Ohnmachtsanfälle, „Dromomanie", epileptische Krampfanfälle mit vorausgehender kurzer depressiver Phase, Stuporzustände, die von optischen Halluzinationen eingeleitet werden und schließlich der sog. epileptische Charakter: Devotion, Reizbarkeit u. dgl.

Davon abgesehen unterscheidet er folgende drei psychische Typen.

Der erste Typus weicht in intellektueller Beziehung wenig oder gar nicht vom Durchschnitt ab. Er zeigt sich von ruhigem, gesellschaftlichem Charakter, altruistischen Neigungen und, was er besonders betont, einer völligen Resignation dem sexuellen Defekte gegenüber. Es bestehen leichte Depressionszustände und besonders bei kindlichem Eunuchoidismus Passivität und Trägheit.

Beim zweiten Typus fand er neben einem mittleren Grade von Imbezillität eine deutliche Abstumpfung auf emotionellem Gebiete. Bei einem Falle eine Erregung von „clownisch-maniakalischem" Typus.

Den dritten Typus nennt er Parasitentypus. Neben einer verhältnismäßig gut erhaltenen höheren psychischen Leistungsfähigkeit besteht eine absolute Lebensuntüchtigkeit. Diese Kranken scheuen die Arbeit und lassen sich von ihrer Familie unterhalten. Die Stimmung sei entweder gutmütig und fröhlich, oder aber sie gehe mit erheblicher hypochondrischer Unzufriedenheit einher. Dem sexuellen Defekt gegenüber zeige dieser Typus eine fingierte Resignation.

Aus der Schilderung der Psyche seiner einzelnen Fälle will ich nur folgendes Wesentliche hervorheben:

Bei Fall 1 bewertet Sterling die relative praktische Leistungsfähigkeit bei beschränkter Intelligenz, die ausgesprochene Egozentrizität, den pathologischen Assoziationstyp, die emotionelle Verödung und die ausgesprochene Frömmigkeit dahin, daß diese Erscheinungen außerordentliche Ähnlichkeit mit dem epileptischen Charakter aufweisen.

Der 2. Fall hatte eine leidliche Intelligenz. Er litt an Absencen, Schwindelanfällen und ausgesprochenen Krampfanfällen, außerdem an „Dromomanie". Seine Mutter hatte Migräne, ein Bruder im ersten Lebensjahre Krämpfe. Das Kind der Tante mütterlicherseits litt an Epilepsie. Hinsichtlich seiner Stimmung wird angegeben, daß er vor den Anfällen ausgesprochen deprimiert war.

Bei Fall 3, einer 57jährigen Frau, stellte St. nur einen mäßigen Grad von Imbezillität fest. Er rechnet sie zu seinem zweiten Typus.

Bei Fall 4 wird angeführt, daß er eines Tages das Klosett im Hofe eines fremden Hauses betrat und plötzlich bemerkte, daß aus der Klosettöffnung zwei Männer hervorkamen, welche auf ihn stürzten und ihn zu schlagen und zu würgen begannen. Er lief alsbald auf den Hof davon, fiel um, und soll einige Stunden bewußtlos gewesen sein. Auch hatte er in letzter Zeit Momente, wo er „nichts sah", und zwar bei „vollständig klarem Bewußtsein". Im übrigen bezeichnet St. ihn als „Parasitentypus", dessen Intelligenzdefekt nicht hochgradig sei; besonders

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hätten „die höheren psychischen Leistungen verhältnismäßig wenig gelitten". Im Gegensatz dazu sei die absolute Lebensuntüchtigkeit besonders auffallend. Von Charakter sei der Patient gutmütig gewesen, habe gern von seiner Krankheit erzählt, sich gern photographieren lassen und euphorisch dem sexuellen Defekt gegenüber gestanden.

Fall 5 rechnet St. zu seinem ersten Typ. Außerdem wird erwähnt, daß er in der Jugend schlecht gelernt habe. Von epileptischen Erscheinungen wird nichts erzählt.

Bei Fall 6 bestand eine hochgradige Imbezillität. Außerdem wird hervorgehoben, daß er stumpf und gleichgültig gegenüber seiner Familie sei. Zeitweise dagegen soll er wieder sehr reizbar und leicht erregbar gewesen sein. Er war niemals zufrieden, äußerte verschiedene Klagen und hatte eine hypochondrische Einstellung. Im einzelnen erwähnt St. noch folgendes: Magenbeschwerden, zu denen der Spezialist keine organische Grundlage fand, Kopfschmerzen, Blutwallungen zum Kopf, Herzklopfen, Labilität des Pulses, Lügenhaftigkeit, Maskieren seines Defektes mit fingierten Einfällen. Im übrigen zählt ihn St. zu seinem „Parasitentyp".

Fall 7 rechnet St. zu seinem ersten Typ, und zwar litt er an Kopfschmerzen, kalten Füßen, Verdickung der Lippen und der Haut an der Stirn, marmorähnlicher Verfärbung der Hände und an Dermographie. Es bestand Erröten des Gesichtes bei leisester Erregung. Dies alles hält St. für die Folgen einer Dysfunktion der Schilddrüse. Bemerkenswert erscheint mir, daß in der letzten Zeit bei dem Knaben plötzliches Zusammenschrecken des ganzen Körpers beim Liegen und unwillkürliche Kopfbewegungen in den Seitenrichtungen, hauptsächlich nach rechts, verbunden mit Zähneknirschen, bemerkt wurden, also epilepsieverdächtige Erscheinungen. Die Intelligenz war etwa normal.

Fall 8 wies eine normale Intelligenz und keine Abweichungen in seinem Charakter auf. Besonders hebt St. bei ihm folgende Beschwerden hervor: Beklemmungsgefühle im Epigastrium, leichte Kopfschmerzen, Kopfschwindel, Gefühl, als ob ihm die Luft fehlte, Ohrensausen, Flimmerskotom, Schmerzen im Knie und Ohrensausen, Schmerzen im Nacken, Zahnschmerzen, Blutwallungen und Pulsation in den Schläfen, Beschwerden in der Herzgegend, Tachykardie von 120 in der Minute, Zittern der Hände und Füße, Schwitzen, Ohnmachtsgefühl und kalte Hände und Füße. St. hält diese Beschwerden für dysendokrinischer Natur.

Fall 9, ein 14jähriger Knabe, klagte über Druck im Epigastrium. Häufige Depressionszustände. Intelligenz etwa normal. St. rechnet ihn zur ersten Gruppe.

Fall 10 zählt St. zum ersten Typ. Erregungen oder epileptische Symptome werden in Abrede gestellt.

Sterlings Beobachtungen gipfeln mithin, was das Psychische anbetrifft, in der Aufstellung der drei Typen und in der Hervorhebung der epileptischen Erscheinungen. Außerdem weist er noch in Übereinstimmung mit meinen Erfahrungen auf die Häufigkeit der Erscheinungen hin, die man früher kurz als vasomotorische bezeichnete, die er aber für dysendokrinischer Natur hält.

Von anderen Autoren, die Eunuchoide beschrieben haben, ist G. Peritz zu erwähnen.

Es handelt sich bei seinem ersten Falle um einen 52jährigen Mann, der seit 2—3 Jahren an Petit Mal und seit einem Jahre an Schwindelanfällen leidet. Psychisch wird er als „infantil" geschildert. In der Jugend soll Bettnässen bestanden haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 2, ein 18jähriges Mädchen, wird psychisch als „infantil" bezeichnet, Von den körperlichen Erscheinungen ist besonders hervorzuheben, daß sie eine weiche Struma ohne basedowverdächtige Erscheinungen hatte. Die Körpergröße wird als mittelgroß, Hände und Füße jedoch als abnorm groß angegeben.

Fall 3 ist ein 8jähriger Junge, der geistig „nicht sehr entwickelt" und auffallend klein war.

Fall 4 ist ein 16jähriger Junge, der ebenfalls kleiner als normal, geistig aber lebhaft und aufgeweckt war.

Besonders wertvoll erscheinen die Angaben von Hempel, der drei Fälle mit „Aplasie der Hoden" beschreibt. In allen drei Fällen handelt es sich ohne Zweifel um typischen Eunuchoidismus.

Sein erster Fall ist ein 39jähriger, unehelich geborener Mann, der seit dem 16. Lebensjahre an Schwindel und Kopfschmerzen leidet. In der Schule hat er schwer gelernt. Er ist ein unverbesserlicher Dieb. Sexuell ist er weibwärts gerichtet. Er masturbierte auch. Er ist in $6^1/_2$jähriger kinderloser Ehe mit einer verkrüppelten Frau verheiratet. Libido und Potenz sollen vorhanden sein. Schlechte Rechenleistungen.

Der zweite Fall ist ein 63jähriger Mann, dessen Bruder beschränkt ist. Er selbst ist „kopfschwach". Seit dem 20. Lebensjahre besteht Epilepsie. Mit 20 Jahren Geschlechtsreife. Damals 1—2maliger Coitusversuch. Mit 31 Jahren Heirat. Impotenz.

Der dritte Fall ist 57 Jahre alt. Sein Vater litt an Schwindel-, seine Mutter an Ohnmachtsanfällen. Mit zwei Jahren lernte er sprechen. Er war stets beschränkt. Im 48. Lebensjahre trat Epilepsie auf. Teils bestanden seitdem epileptische Anfälle, teils Schwindelzustände. Die Intelligenz soll wenig gelitten haben. Er legte stets großen Wert auf gute Kleidung und Schmuck und ließ sich deshalb Unterschlagungen zuschulden kommen. Ist in der Zeit von 1861—97 mit 13 Jahren Zuchthaus und einem Jahr Gefängnis bestraft worden. In der Haft gelegentlich Halluzinationen. Mit 22 Jahren erster sexueller Verkehr. Mit 24 Jahren Hoden durch Fall gequetscht. In seinem Benehmen zeigte er „einen Stich ins Weibliche" (Späteunuchoidismus?).

Hempel faßt den Schwachsinn nicht als Folge der Hodenatrophie, sondern als Entwicklungshemmung des Gehirns auf. Kastration habe keinen Schwachsinn zur Folge. Die Hodenatrophie sei ein Degenerationszeichen. Auch der Zusammenhang der Hodenaplasie mit der Epilepsie sei abzulehnen.

Nähere Berücksichtigung haben die psychischen Veränderungen der Eunuchoiden auch bei K. Goldstein gefunden.

Er beschreibt einen 16jährigen Mann, der stumpf in seinem Gebaren und etwas kindlich gewesen sei. Es habe eine Imbezillität bestanden, die fast Idiotie zu nennen gewesen sei.

Sein zweiter Fall ist ein 18jähriges Mädchen, bei dem er eine hochgradige Imbezillität feststellte.

Fall 3 und 4 waren Geschwister. Bei Fall 3 waren keine Krämpfe nachzuweisen, jedoch war er von jeher geistesschwach. Die Kenntnisse und das Urteilsvermögen seien wie bei einem kleinen Kinde gewesen.

Fall 4 war 11 Jahre alt und wird als imbezill bezeichnet.

Goldstein faßt seine Erfahrungen auch im Hinblick auf die von Sterling gemachten dahin zusammen, daß die psychischen Veränderungen auf eine mehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder weniger hochgradige Hirnveränderung hinwiesen. Die Hypoplasie der Drüsen gehe Hand in Hand mit einer Hypoplasie des Gehirns. Die Erscheinungen weisen einen ausgesprochenen familiären Charakter auf. Man könne sie „als familiär auftretende Entwicklungsstörung der Drüsen mit innerer Sekretion und des Gehirns bezeichnen".

Ebstein erwähnt bei seinem zweiten Fall, einem $14^1/_2$jährigen Jungen, daß er intelligent war und an Ohnmachten und Augenflimmern litt. Es bestand gleichzeitig ein Diabetes insipidus. Keine Anhaltspunkte für einen Hypophysentumor. Zur Erklärung des Krankheitsbildes zieht er die pluriglanduläre Hypothese heran.

Knöpfelmacher demonstrierte zwei Geschwister, ein 9jähriges Mädchen und einen 7jährigen Knaben. Letzterer hatte eine Polysyndaktylie. Beide waren imbezill. Die Schilddrüse war nicht zu fühlen. Die Kohlenhydrattoleranz war sehr hoch.

Neuraths zweiter und dritter Fall sind wohl ebenfalls typische Eunuchoide. Das 11jährige Mädchen hatte mit zwei Jahren „eklamptische", seit zweieinhalb Jahren große epileptische Anfälle, die manchmal rechtsseitig begonnen haben sollen. Es bestand keine genitale Hypoplasie. Schilddrüse wirkte günstig auf die Epilepsie ein.

Der 6jährige Junge hatte in den ersten zwei Jahren „Fraisen". Die Intelligenz war normal. Es bestanden Absencen. Rechtsseitige (leichte?) Facialisparese war am Nervensystem die einzige Abweichung von der Norm. Schilddrüse wirkte günstig auf die Absencen.

Neurath dachte wegen der angedeuteten Halbseitenerscheinungen an „cerebrale" Epilepsie.

A. Josephson und Sundquist führen einen 45jährigen Mann an, der mit 15 Jahren ins Wasser geworfen wurde. Seitdem soll er „bange und ängstlich" gewesen sein. Mit 26 Jahren habe er epileptiforme Anfälle bekommen.

Ausführlich beschreiben sie eine 34jährige Frau. Beide Fälle sind Eunuchoide. Die Frau wird als sehr intelligent bezeichnet. Psychische Störungen scheinen bei ihr nicht bestanden zu haben.

O. Maß erwähnt von seinem 61 Jahre alten Patienten, daß er eine deutliche Imbezillität aufweise. Außerdem erscheint bemerkenswert, daß er ovale Pupillen hatte.

Salzberger berichtet von seinem Fall, daß er vasomotorische Labilität, Parästhesien und Energielosigkeit aufgewiesen habe. Sexuelles Empfinden habe gefehlt.

Guggenheimer hat 1912 vier Eunuchoide beschrieben und dazu angeregt, auf die Blutgerinnung zu achten. Er benutzte die Bürkersche Methode und fand damit Gerinnungszeiten von 5—8 Minuten.

Von seinem ersten 59jährigen Fall ist besonders hervorzuheben, daß er in der Gegend der Ohrspeicheldrüsen häufig schmerzhafte Schwellungen hatte, daß diese Gegend aber auch in den Zwischenzeiten stets stark hervor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

getreten sei. Die eunuchoiden Erscheinungen begannen in der Jugend. Der linke Schilddrüsenlappen war deutlich, der rechte etwas weniger deutlich zu fühlen. Es bestand eine mäßige Protrusio bulbi. Psychisch wird er als gutmütig, indolent und von „mäßiger Entwicklung der Intelligenz" geschildert, dürfte mithin leicht schwachsinnig gewesen sein.

Fall 2 ist ein 12jähriger Schüler. Drei Geschwister der Mutter sollen sehr korpulent sein. Der Fettansatz nahm bei ihm seit etwa zwei Jahren zu. Während er früher gern Fußball spielte und sich lebhaft daran beteiligte, habe er sich zuletzt darauf beschränkt, zuzusehen. Überhaupt sei er etwas behäbig und bequem geworden. In der Schule machte er angeblich gute Fortschritte. Von dem körperlichen Befund will ich nur noch hervorheben, daß die Augenbrauen nur wenig entwickelt waren[1]).

Ferner wird ein 53jähriger Mann beschrieben, bei dem ein Diabetes mellitus bestand. Aus der Familienanamnese ergibt sich nichts Auffallendes. In der Gegend der beiden unteren Augenlider bestanden kleine Säckchen. Die Augäpfel standen besonders deutlich vor. Auffallend war eine temporale Abblassung beider Papillen und ein kleines bitemporales Farbenskotom. Es bestand auch eine Differenz der Bauchdeckenreflexe und am rechten Fuße eine Störung der Oberflächensensibilität für alle Qualitäten. Sella turcica normal.

Die auffälligen Befunde an den Papillen und am Gesichtsfeld lassen allerdings die Möglichkeit eines organischen Nervenleidens, z. B. der Hypophyse, nicht sicher ausschließen.

Psychisch war er ziemlich indolent, aber intellektuell gut entwickelt. Über die Bedeutung des Diabetes in diesem Falle handelt Guggenheimer ausführlicher, so daß ich auf seine Arbeit verweisen muß.

Fall 4 ist ein 52jähriger Maurer. Nur der linke Schilddrüsenlappen war tastbar, aber nicht vergrößert. Psychisch wird der Kranke als phlegmatisch und indolent bezeichnet.

Zum Schlusse regt Guggenheimer noch an, nachzuprüfen, ob es sich bestätigt, daß die Vermehrung der roten Blutkörperchen bei gleichzeitiger Lymphocytose einen charakteristischen Befund bei mangelhafter innerer Sekretion der Keimdrüsen bildet.

Bregmann konstatierte bei seinem Falle einen psychischen „Infantilismus".

Falta meint, daß die Intelligenz der Eunuchoiden normal sei. Geistige Minderwertigkeit sei wohl auf gleichzeitige andersartige Entwicklungsstörungen zurückzuführen. Nach Tandler und Groß seien sie, wie Falta anführt, oft auffallend ruhig, wenig mitteilsam und oft auch wenig selbständig. Der geistige Zustand sei jedenfalls nach seiner eigenen Ansicht nicht „infantil", sondern es fehle ihnen nur die Männlichkeit.

Bei Faltas eigenen Fällen sind von psychischen Abweichungen erwähnt:

1. $13^1/_2$jähriger Knabe, geistig gut entwickelt, „nur faul und still". Kopfschmerzen und Erbrechen (Migräne?).
2. 23jähriger Mann: Charakter: still, nicht mitteilsam, etwas scheues Wesen. Intelligenz normal.

[1]) Vgl. auch Sterling.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. 28jähriger Mann: Eine Schwester leidet an Chlorose. Als Kind Laryngospasmus. Psychisch: sehr intelligent, sehr still, spricht nur aufgefordert. Die Stimmung ist oft gedrückt.

Bei den von Falta referierten Fällen von „Späteunuchoidismus" sind nur bei einem Fall, von Cordier und Francillon, psychische Erscheinungen erwähnt:

Bis zum 24. Jahre war der betreffende Kranke unauffällig, dann machte er einen Typhus durch. Seitdem machte sich eine Körperschwäche bei ihm bemerkbar, auch wurde er gedächtnisschwach, zänkisch und leicht erregbar.

Die psychischen Erscheinungen bei diesen Spätformen faßt Falta dahin zusammen, daß bei ihnen keine Veränderung der Intelligenz bestehe. Die Apathie, Schwäche, Schwerfälligkeit sei entweder Folge der Infektionskrankheit oder eine myxödematöse Komponente. Bei den reinen Fällen falle auf, daß sie psychisch leichter erregbar seien und zu Jähzorn und Lügenhaftigkeit neigen.

Saenger hat besonders auf Eunuchoide gefahndet und glaubt, daß sie viel häufiger seien, als man im allgemeinen annehme. Nur sei das Krankheitsbild noch wenig bekannt und werde daher nicht so häufig diagnostiziert. Ausführlicher hat er sechs Fälle zusammenhängend geschildert.

Von seinem ersten Fall meint er, er habe eine normale Intelligenz, aber ein ruhiges, beinahe stumpfes Wesen gehabt. Er rechnet ihn zum zweiten Typus nach Sterling.

Fall 3 sei schüchtern und imbezill gewesen. Er gehöre zum zweiten Typus.
Fall 4 ist 85 Jahre alt. Er wird als dement, unruhig und ängstlich geschildert.
Fall 5 gehöre zum Typus 1 nach Sterling.
Fall 6 sei schüchtern.

Außerdem erwähnt er noch einen temporären Präpubertätseunuchoidismus bei einem 13jährigen Jungen, der seit $1^1/_2$ Jahren eine auffallende Fettsucht und zugleich eine Wesensveränderung zeigte. Er sei verdrießlich und jähzornig geworden und habe in den Schulleistungen nachgelassen. Einen analogen Fall bei einem 14jährigen Jungen mit ähnlichen psychischen Veränderungen fügt er noch hinzu.

Ausführlicher auf psychische Veränderungen bei Eunuchoiden geht M. Hirschfeld im Jahre 1916 in seiner Arbeit „Über Geschlechtsdrüsenausfall" ein. Er beschreibt einen 36jährigen Mann, der sich durch leichte Erschöpfbarkeit auszeichnete, leicht errötete und sehr schmerzempfindlich war. Seine Intelligenz war gut, sein Gedächtnis sehr gut. Er war sehr oft herabgestimmt. Sein Gesichtsausdruck war bekümmert. Er hatte Interesse für Politik und kommunale Angelegenheiten, war anspruchslos, mäßig und bescheiden.

Jakobs beschreibt familiäres Auftreten von Eunuchoidismus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich führe nun meine eigenen Fälle in der Reihenfolge an, wie sie in meine Beobachtung kamen.

Fall 1. 23jähriger Student. Vater lebt. Grauer Star auf beiden Augen. Die Geschlechtsreife soll bei ihm „ziemlich spät" eingetreten sein. Die Mutter leidet ab und zu an Kopfschmerzen. Die Großeltern sind klein gewesen, die Eltern sind normal groß. Zwei jüngere Brüder; der eine davon hatte bis zu $1^1/_2$ Jahren Krämpfe.

Er selbst habe sich normal entwickelt und zur rechten Zeit Laufen und Sprechen gelernt. Keine epilepsieverdächtigen Erscheinungen. Immer etwas schwächlich gewesen. Mit 15 Jahren begannen die Schamhaare zu wachsen. Er sei immer gleichmäßig gewachsen. Als Kind keine Ausschläge oder Ernährungsstörungen. Kein Bettnässen. Erektionen seit dem 14. Jahre vorhanden, in den letzten Jahren aber seltener.

Beim Militär habe er bei körperlichen Anstrengungen versagt und sei einmal infolge davon ohnmächtig geworden.

Juli 1916 folgende Klagen: Seit $2^1/_2$ Monaten häufig Schwindelgefühl, das nur einen Augenblick andauere und meist mit Angstgefühl beginne. Gefühl, als wenn das Herz langsam schlage. Solche Zustände seien an heißen Tagen häufiger als an kalten. Manchmal träten sie vier- bis fünfmal an einem Tage auf. In den Zwischenzeiten schlaff und müde. Danach benommener Kopf.

Der Schlaf sei gut, bisweilen bleiern. Gleich nach dem Einschlafen häufig ein einmaliges Zucken durch den ganzen Körper, das dann zum Aufwachen führe.

Vormittags fühle er sich meist frisch, dann bekomme er wieder einen benommenen Kopf. Abends sei das Allgemeinbefinden am schlechtesten. Dauer derartiger Zustände manchmal 3—5 Tage, manchmal auch 2—3 Wochen. Nachher Wohlbefinden.

Häufig Herzklopfen, kalte Finger und kalte Füße.

Im Januar 1917: Klagt über häufige Stimmungsschwankungen, die rasch vorübergingen und tageweise aufträten. Oft Unlust zur Arbeit.

Mitunter Schwindelgefühl: Es sei wie ein Zustand von Betrunkenheit. Er müsse sich an den Kopf und an die Glieder fassen, ob „er" es auch sei.

Ein andermal das Gefühl, als wenn alle Leute ihn beobachteten. Noch keine Ejaculationen, Penis klein geblieben. Stimme unverändert hoch. Der Vater habe sich erst mit etwa 24 Jahren entwickelt, habe aber schon vorher eine tiefe Stimme gehabt. Am weiblichen Geschlecht eine mehr „ästhetische" Freude.

Dezember 1917: Klagen: Etwa alle Wochen Zustände von plötzlicher Bewußtseinstrübung; der Gedankenablauf werde plötzlich unterbrochen, ohne daß er dabei schwindlig werde. Außerdem richtiger Drehschwindel etwa alle vier Wochen; müsse sich dann festhalten; Dauer einige Sekunden. Verstimmungen ohne äußeren Anlaß, Wetter u. dgl. Innere Unruhe. Dauer drei Tage lang: mürrisch, verschlossen, mit sich und der Welt unzufrieden, „alles Wurst", nörgelig, möchte am liebsten alles kurz und klein schlagen, Neigung zum Lebensüberdruß. Beginn morgens mit Reizbarkeit, abends „Auflösung in depressive Stimmung". Am nächsten Morgen dann oft Neigung zum Übermut. „Das Gegenteil vom Tage vorher." Euphorie. Kein Wandertrieb in den Verstimmungen.

Im ganzen sehr empfindsam. Neigung zu häufigem Stimmungswechsel. „Es liegt viel am Wetter."

Kopfschmerzen ziehen hinten im Genick nach oben. Dauer einen halben Tag. Allgemein gehemmt, genau wie bei den Verstimmungen. Dösig; mürrisch, reizbar; arbeitsunfähig. Dauernd Schatten „wie Wurm, Schlange" vor den Augen, stehen fest, seien nicht flüchtig; Lidkrampfzittern tagelang nur bei den Kopf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schmerzen. Übelkeit, Lichtscheu. „Licht schmerze geradezu." Beim Gehen „dicker Kopf", habe plötzlich das Gefühl, bergab zu gehen. Außerdem Gefühl, als wenn er selbst ein Schatten sei, als sei „er" nicht da, sondern „er, der K." spreche. Oft sei er dann in der Tat sehr unsicher, ungeschickt, verliere jede Sicherheit im Auftreten. Gleichzeitig Blähungen, Übelkeit. Früher Neigung zu Ohnmachten: konnte Blut sehen, aber nicht davon, z. B. von Operationen, reden hören. Wenn er in der Chirurgischen die weißen Kacheln sehe, „klappe er um".

Leicht Herzklopfen, leicht Blutandrang nach dem Kopfe. Leichtes Schwitzen. Kein Bettnässen. Nie Krampferscheinungen.

Urinmenge nicht vermehrt.

Stimme habe sich nicht verändert.

Er sei euphorischer geworden.

Erektionen hin und wieder. Hypophysintabletten ohne Einfluß darauf. Keine Ejaculationen. Überhaupt kein sexuelles Empfinden. Coitus würde ihn anekeln.

Auf der Schule für sich allein. Im Turnen schwächlich, ermüde leicht.

Interesse für Astronomie, Literatur, Kunst, Reisen, Medizin, die Menschen kennenzulernen, ihren Charakter, ihr Denken und Fühlen.

Die Schule habe ihn wenig interessiert. Nie sitzengeblieben. Hielt alles für überflüssig, „das vergesse man sowieso wieder". Stellenweise auf einem ganz guten Platz gewesen. Lernen an und für sich leicht gefallen. Spielte als Kind Jäger, Soldat, besonders Pastor, ausgesprochene Knabenspiele.

Leidet unter seiner Anomalie.

Befund: 170 cm groß. Die Spannweite ist größer als die Körperlänge. Die Unterlänge ist erheblich größer als die Oberlänge. Leichte X-Beinstellung der Beine. Breites, flaches Becken. Hand nicht besonders lang oder schmal. Der Knochenbau der unteren Extremitäten ist kräftig. Der Knochenbau am Oberkörper ist grazil. Die Beckenbreite ist deutlich größer als die Schulterbreite.

Die Muskulatur und das Fettpolster sind an den Beinen kräftig, an den Armen dagegen schwach entwickelt. Es bestehen größere Fettansammlungen in der Gegend der Mammae und des Schamberges. Gerundete Körperformen. Die Haut ist auffallend weiß, weich, alabasterartig. Die Gesichtsfarbe ist rosig.

An Rumpf und Gliedern besteht keine Behaarung. Die Schamhaare sind spärlich, nach oben horizontal abgesetzt. Von Barthaaren ist nicht die Spur zu sehen. Keine Drüsenschwellungen. Tonsillen normal.

Kein Adamsapfel als Vorsprung zu fühlen.

Schilddrüse normal.

Hoden kirschgroß. Penis 4 cm lang, fingerdick.

Urinmenge nicht vermehrt. Auf 350 g Traubenzucker nüchtern erfolgt keine Zuckerausscheidung. Spez. Gewicht des Urins durchschnittlich 1018.

Die Epiphysen sind distal am Radius und der Ulna und proximal am Humeruskopf offen.

5 100 000 rote, 10 200 weiße Blutkörperchen. Hämoglobin 85 Proz. Neutrophile L. 60 Proz. Eosinophile L. 13 Proz. Lymphocyten 20 Proz. Mononucleäre L. 5 und Übergangsformen $6^1/_2$ Proz., Mastzellen $^1/_2$ Proz. Blutdruck normal.

Keine Hemianopsie. Augenhintergrund normal. Sella turcica im Röntgenbilde unauffällig.

Neurologisch ohne Belang. Keine Andeutung von Hydrocephalus.

Zusammenfassung. Bemerkenswert ist zunächst, daß die Mutter Kopfschmerzen (Migräne?) hatte und daß beim Vater die Geschlechtsreife erst mit etwa 24 Jahren aufgetreten sein soll. Ein Bruder hatte bis zu $1^1/_2$ Jahren Krämpfe (Spasmophilie?).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von dem körperlichen Befund des Kranken ist zu sagen, daß er durchschnittsgroß, wenig kräftig und nicht übermäßig fett war. Bemerkenswert ist auch die Vasomotorenlabilität und die hohe Kohlenhydrattoleranz.

Er hatte seit dem 14. Jahre ab und zu Erektionen, aber keine Libido.

Psychisch litt er unter häufigen kurzdauernden Schwindelanwandlungen (Absencen) und häufigen Stimmungsschwankungen reizbarer, depressiver oder hypomanischer Art. Ferner bestand eine ausgesprochene Migräne und eine Neigung zu reaktiven Ohnmachten, z. B. beim Hören von blutigen Dingen. Was seine Intelligenz und Interessen anbetrifft, so stehen sie über dem Durchschnitt.

Es handelt sich mithin bei ihm um lange Jahre bestehende epileptoide Erscheinungen, ohne epileptische Charakterveränderung. Möglicherweise spielt die Vasomotorenlabilität bei den psychischen Erscheinungen ätiologisch eine Rolle.

Thyreoidin hatte keinen Einfluß auf das Krankheitsbild, dagegen wurden z. B. die Verstimmungen durch Hypophysin gut beeinflußt.

Fall 2. 19jähriger junger Mann. Eltern mittelgroß. Geschwister im allgemeinen auch.

Mutter habe auch Kopfschmerzen, aber nicht so stark wie er. Kann migräneartige Einzelheiten nicht angeben.

Vater leicht jähzornig. Ein Bruder, 25 Jahre alt, normal gewachsen. Nichts Nervöses. Seit Kriegsbeginn im Felde.

Von seinen drei Schwestern sei eine bleichsüchtig. Zwei Jahre lang verheiratet. Keine ähnlichen Erscheinungen im Wuchs wie er. Keine Kinder. Sie sehe grünlichweiß aus, sei dabei nicht abgemagert, klage über Magenbeschwerden, fühle sich matt, sei die größte der drei Schwestern, beinahe so groß wie er. Eine zweite Schwester seit acht Jahren verheiratet, ein Kind. Bei sämtlichen Schwestern nichts Ähnliches wie bei ihm. Keine Fettleibigkeit.

Gegenwärtige Klagen (November 1917): Kopfschmerzen solange er denken könne.

Dauer 5—6 Tage. Dann etwa eine Woche Pause. Manchmal 1—2 Tage oder einen halben Tag lang. Dabei mißgestimmt, verträgt kein Licht, keine Menschen. Flimmern der Augenlider. „Runde Kreise." „Schwarz, wie Schatten" vor den Augen. Schmerzen fangen vorn an, ziehen auf der linken Kopfseite nach hinten; sie seien reißend; dabei starkes beiderseitiges Schwitzen im Gesicht. Keine Übelkeit. Flatulenz. Dösigkeit. Kein Lebensüberdruß. Nach Ablauf der Kopfschmerzenperiode Euphorie. Keine erschwerte Wortfindung. Werde leicht wütend, ärgere sich innerlich, „weine vor Wut". Schwindel, „schwarz vor den Augen", falle jedoch nicht hin. Rot im Gesicht.

Keine Stimmungsschwankungen außerhalb der Kopfschmerzentage. Nach Anstrengungen bekomme er leicht Kopfschmerzen.

Keine Absencen. Keine Schwindelanwandlungen. Keine Ohnmachten.

Kein Blutandrang nach dem Kopf. Bei Aufregung blaß im Gesicht. Kein Herzklopfen. Nie Bettnässen. Lernen sehr schwer gefallen. Sehr vergeßlich. In der 5. Klasse einer 7klassigen Schule eingesegnet. (Nur 7., 6., 5. Klasse einer städtischen Volksschule durchgemacht.) Schreiben und Lesen habe er nur „ein wenig" gelernt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einsiedler gewesen. Habe als Kind wenig gespielt. Immer schwächlich gewesen. Kein Mumps. Ob zur rechten Zeit laufen und sprechen gelernt, unbekannt.

Manchmal neben den Kopfschmerzen: „schwarz vor den Augen", wisse nicht, wo er sei, laufe weg, habe „solche Angst im Körper", gehe hin, „wo kein Haus und kein Hof steht", gehe aufs Feld, wo er keinen sehe. Er gehe dann über Stock und Stein, querfeldein, falle z. B. in einen Graben, werde ganz naß, laufe trotzdem weiter, schlafe auf freiem Felde; „schlafe" allerdings meist nicht. Wenn die Kopfschmerzen vorüber seien und er erwache, wisse er gar nicht, wo er sei und wie er dorthin gekommen sei. Gehe dann nach Hause. Diese Zustände habe er etwa alle sechs Wochen, wenn er schwere Arbeit habe; bei leichter Arbeit seien sie seltener.

Wasserlassen ohne Beschwerden. Vita sexualis fehlt völlig.

Die trockene Haut habe er von klein auf. Von Kindheit auf schwächlich und „lang aufgeschossen".

Im Juni zum ersten Male ohne Grund bei der Drainagearbeit Schmerzen in den Leistenbeugen wie jetzt. Dauer 14 Tage. Bei auch geringer Anstrengung Luftknappheit.

Auskunft der Ortsbehörde: „H. wird, wie festgestellt werden konnte, als ein arbeitsscheuer Mensch geschildert, der zur Arbeit keine Lust zeigte und sich um ständige Arbeit nicht bemühte. Er hat sich fast von seinen Eltern ernähren lassen und war als ein gesunder und kräftiger (!) Bursche hier bekannt. Als Kind hat er nach Angabe der Eltern hin und wieder an leichten Kopfschmerzen gelitten. In ärztlicher Behandlung ist er dieserhalb nicht gewesen. An den in dem anliegenden Schreiben weiter aufgeführten Krankheiten und Anfällen hat er nicht gelitten, auch war er sonst nicht absonderlich, auch nicht weichlich. Alkohol trank er wenig. In der Schule war er kein fleißiger Schüler, sondern hat mehrfach zum Tadeln, weil er nicht gelernt hatte, Veranlassung gegeben."

Der Station ist H. aus folgendem Grunde überwiesen worden: Am 4. X. 1917 meldete sein Hauptmann, daß H. sich wiederholt aus der Kaserne entfernt habe und deshalb mit 3 Tagen mittlerem Arrest bestraft werden sollte. Vor Abführung in den Arrest habe er erneut die Kaserne verlassen und sei nicht zurückgekehrt. Am 5. X. 1917 übergab der Vater des H. seinen Sohn, der sich inzwischen bei ihm eingefunden hatte, der Gendarmerie.

H. gab an 9. X. 17 zu Protokoll, daß er nicht wisse, warum er sich am 3. X. aus der Kaserne entfernt habe. Er sei nach P. gefahren, um seinen Vater zu besuchen. Vorher habe er sich aus dem Stall seines Vaters einen Anzug geholt. Wem der Anzug gehörte, wisse er nicht. Der Stall sei verschlossen gewesen. Er habe ihn mit dem eigenen Schlüssel geöffnet. Am 11. X. hielt der Bataillonsarzt die Beobachtung des H. auf seinen Geisteszustand für nötig, da er den Verdacht hegte, daß H. schwachsinnig sei.

Am 27. X. 17 gab der Vater an, daß sein Sohn am 5. X. 17 bei ihm eingetroffen sei mit der Angabe, daß er von seinem Truppenteil 7 Tage beurlaubt sei. Sonst ist noch erwähnenswert, daß H., als er die Schule besuchte, der Hilfsschule für Schwachbefähigte überwiesen werden sollte. Am 13. XI. 17 gab H. hier zu Protokoll, daß er nicht wisse, wessen er beschuldigt sei, auch nicht, wie er von St. nach der Nervenklinik gebracht wurde. Ferner wisse er auch nicht, ob er sich aus der Kaserne in St. entfernt habe.

Psychisch fiel H. durch sein schüchternes und scheues Wesen auf. Er hatte für seine Lage kein Verständnis und zeigte für seine Vergehen keine Einsicht. Auch sah er nicht ein, daß er für sein Vergehen bestraft werden könne.

An einigen Tagen klagte er über Kopfschmerzen und schwitzte dabei auffallend stark nur im Gesicht, z. B. bei der Aufnahme. Ein andermal fiel er dadurch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf, daß er sich mehr als sonst absonderte, ängstlich aussah und unruhig hin und her ging.

Bei der Intelligenzprüfung stellte es sich heraus, daß er nur langsam und mit Schwierigkeiten lesen konnte, und versagte, sobald es sich um ihm ungewöhnliche Dinge handelte. Bei der Prüfung der Intelligenz nach Binet leistete er mit Mühe ungefähr das, was ein 10jähriges Kind gut leisten würde.

Befund: Langaufgeschossener Körperbau, Knochen nicht besonders grazil. Größe 1,78 m. Spannweite 1,84 m. Kleiner Kopf. Kopfumfang 51 cm. Niedrige, flache, etwas fliehende Stirn. Kyphose der Brustwirbelsäule. Nase etwas schief gesattelt. Leichte X-Beinstellung der Beine. Hohlfuß beiderseits. Kein myxödematöser Gesichtsausdruck.

Muskulatur wenig kräftig, Magerkeit, geringe Fettansammlung am Schamberg.

Hautfarbe fahl, Haut auffallend trocken, derb und schuppend. Haut neigt im Gesicht zu feiner Fältelung.

Rumpf und Extremitäten unbehaart. Achselhaare spärlich, Schamhaare leidlich entwickelt, horizontal nach oben abgesetzt. Kein Backenbart. Schnurrbart von Lanugohaaren.

Adamsapfel springt im Profil nicht vor. Schilddrüse nicht zu fühlen.

Hoden beiderseits bohnengroß. Penis dagegen normal groß und dick. Keine Libido. Vita sexualis fehlt völlig.

Die Stimme ist hoch, knabenhaft und klingt etwas schrill.

Offene Epiphysenfugen an den Phalangen und den distalen Enden von Radius und Ulna, am distalen Femur- und proximalen Tibiaende.

Keine Hemianopsie. Augenhintergrund normal.

Röntgenbild: Sella turcica unauffällig (eher klein).

Urin: Menge durchschnittlich 2700 ccm. Spez. Gewicht 1001.

Auf 300 g Traubenzucker nüchtern erfolgt keine Zuckerausscheidung.

Blutbild: Leukocyten 7900, Erythrocyten 4 670 000, Hämoglobin 70%. Neutrophile 57%, kleine Lymphocyten 27½%, große Lymphocyten 5%, Mononucleäre und Übergangsformen 10%. Mastzellen ½%.

Neurologisch o. B.

Mongoloider Gesichtstyp (Sterling).

Zusammenfassung. Hinsichtlich der Belastung ist hier nur zu erwähnen, daß der Vater leicht jähzornig war (epileptoider Psychopath?). Besonders bemerkenswert sind die Aussagen über die Schwester. Möglicherweise handelt es sich bei ihr um eine Chlorose.

Körperlich bestand ein typischer graziler Hochwuchs und eine ausgesprochene Magerkeit. Die vasomotorischen Erscheinungen waren wenig ausgesprochen. Er gab nur an, bei Aufregung blaß im Gesicht zu werden. Die Haut war auffallend trocken und schuppend. Die Schilddrüse war nicht zu fühlen und die Kohlenhydrattoleranz war sehr hoch.

Der Schädelumfang war gering.

Von den genitellen Erscheinungen ist anzuführen, daß die Hoden bohnengroß waren. Die Vita sexualis fehlte völlig. Er war gleichgültig gegenüber seinem sexuellen Defekt.

Anzuführen ist auch noch die Vermehrung der Urinmenge und das niedrige spezifische Gewicht des Urins.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychisch bestand ein ziemlich erheblicher Schwachsinn, Migräne mit protrahierten schweren Verstimmungen und Dämmerzustände mit triebhaftem Fortlaufen, die zu unerlaubter Entfernung von der Truppe, mithin zu einem kriegsgerichtlichen Verfahren geführt hatten.

Fall 3. 1917 (poliklinisch beobachtet). 30jähriger Philologe.

Vater litt an Wutzuständen, lebt in Ehescheidung. Eltern verwandt, beide sehr nervös. Noch vier lebende Geschwister, die sämtlich nervös sind. Keine Entwicklungsstörungen, keine Bleichsucht in der Familie, auch keine epilepsieverdächtigen Erscheinungen.

Er selbst habe eine normale Geburt gehabt. Zur rechten Zeit laufen und sprechen gelernt. Auf dem Gymnasium unregelmäßig gelernt. Bettnässen bis zum 6. Jahre. Kein Schlafwandeln, keine Ohnmachten, keine groben Schwindelanfälle. Ab und zu kleine Schwindelanwandlungen.

Mit 12 Jahren Pubertätsbeginn. Hat bis 14 Jahre Alt gesungen, dann 1. Tenor. Sexualtrieb anfangs stark.

In der Prima Verschlimmerung der Nervosität, so daß er das Abiturium als Extraneer machen mußte. 1918 erneute Untersuchung:

Kopfschmerzen, die sehr von der Witterung abhängig seien. Dauer der Kopfschmerzenperiode meist 1—2 Tage, manchmal aber auch bis zu 1 Woche, vorwiegend auf der rechten Seite; reißender Natur; dazu Lidkrampf. Vor den Augen sehe er dann leuchtende Punkte und grelle Streifen in Zickzackform. Lichtscheu. Menschenscheu. Gedrückte, mißmutige, nörglige, mürrische Stimmung. Reizbarkeit, „könnte dann einen glattweg totschlagen". Kommt sich vor, als wenn er etwas auf dem Gewissen hätte. Gefühl, als wenn ihm alle seinen Zustand ansähen. Energielos. Kann nicht arbeiten. Arbeitet mit geringem Erfolg. Keine Übelkeit. Kein Rotwerden im Gesicht oder Schwitzen. Prickeln im Gesicht und auf dem Leibe. Erschwerte Wortfindung. Keine Mikropsie. Beim Besserwerden Gefühl des Fiebers oder der Angetrunkenheit, „der starken Zigarre". Beim Abklingen ausgesprochene Euphorie, „steigert sich bis zum Größenwahn". Andere Male Kopfschmerzen mit Dösigkeit und Gefühl der Leere im Kopf.

Hat beim Gehen dauernd das Gefühl der Wackligkeit. Er habe überhaupt einen wackligen Gang. Das habe schon seine Mutter an ihm getadelt.

Einige Male im Jahre Schwindelanwandlungen. Verspürt plötzlich einen Stoß, taumelt zur Seite. „Muß" dann auf die Straße gehen, kann nicht dorthin gehen wohin er wolle. Als Kind einmal Drehschwindel. Beim Bücken kein Schwindelgefühl.

Ohnmachtsanwandlungen beim Hören von blutigen Dingen. Klappte auf dem Stuhle zusammen, als er las, wie ein Raubritter einem Jungen eine Sehne durchschneiden ließ. Öfters Blutandrang nach dem Kopf. Leicht erregbares Herz.

Bettnässen ab und zu nachts bis zu 10 Jahren.

Nie Krämpfe.

Stimmung in Extremen labil. „Sehr vom Wetter abhängig." Jede Witterung bringe einen besonderen Stimmungston mit sich. Im April manchmal ganz verzweifelt. „Wenn's hagelt, der Wind umschlägt, wenn's regnet, so habe er eine andere Stimmung." Reizbare Stimmung manchmal stundenlang. Könnte dann zuschlagen, wenn ihm jemand in die Quere komme.

Ein andermal wieder „Katzenjammerstimmungen", sieht dann alles schwarz, das Leben sei ihm über. Auch hypomanische Tage: bei Frostwetter, bei gleichmäßiger Bewölkung.

Als Kind und bei der Truppe Tage, an denen er vor innerer Unruhe und Bangigkeit triebartig fortlief, möglichst in die Einsamkeit. Als Tertianer einmal

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Woche von der Schule fortgeblieben. Hat sich in der Scheune verkrochen, ist nur nachts herausgekommen, suchte sich auf dem Felde Rüben zum Essen. Keine Bewußtseinstrübung dabei. Beim Militär manchmal die größte Lust auszureißen. Auch jetzt noch dauernd das Gefühl, ins Freie zu müssen. Im geschlossenen Raum „unglücklich". Macht alle $^1/_2$ Stunden das Fenster auf.

Hielt es deshalb nicht auf dem Gymnasium aus. Machte als Extraneer das Abitur. Möchte am liebsten Schriftsteller sein und sich dauernd im Freien aufhalten. Sitzt zu Hause bei geschlossenen Türen, „das hängt mit meiner Menschenscheu zusammen". Dann arbeite seine Phantasie am besten, wenn er seelenallein sei. Schon durch die Gegenwart eines anderen verliere er drei Viertel seines Wissens und die Sicherheit seines Auftretens, „mache einen dummen Eindruck".

Sexuelle Empfindungen: Unbestimmte Regungen schon Jahre früher. Ausgesprochen erst mit 14—15 Jahren. Seitdem Erektionen, auch Pollutionen. Alle 10—14 Tage. Im letzten Jahre Abnahme derselben. Seit mehreren Monaten völliges Aufhören derselben. Sexuelles Empfinden auf die Frau gerichtet. Nicht nur platonische Liebe. Coitus ist gelungen. Dabei keine Störungen. 1910—1912 am schlimmsten neuralgiforme blitzartige Schmerzen durch den ganzen Körper. Das Gedächtnis sei schlechter geworden. Körperlich sei er ziemlich ausdauernd. (Hat beim Militär jedoch bald versagt! Ref.)

Befund: Größe 1,65 m. Sieht jünger aus, als er ist (ca. 18 Jahre). Skoliose, langer Hals, schmächtiger Knochenbau mit Ausnahme der Beine. Spannweite normal. Unterlänge nur wenig länger als Oberlänge. Plattfüße. Nur am linken Bein geringe X-Beinstellung. Etwas breites Becken.

Behaarung an den Beinen und an den Vorderarmen leidlich gut. Schamhaare und Achselhaare gut entwickelt, ebenso die Kopfhaare. Kein Bart.

Fettansammlung nur in der Unterbauchgegend, deutliche Querfalte über den Schamhaaren. Deutliche mädchenhaft aussehende Brüste mit stark entwickeltem Warzenhof, die seit dem 14. Lebensjahr bestehen.

Haut dünn, gelblich blaß, besonders im Gesicht fein gerunzelt.
Nur sehr gering entwickelter Adamsapfel.
Schilddrüse nicht zu fühlen.
Stimme knabenhaft.
Rechter Hoden etwa normal, der linke kleiner als normal.
Penis etwa 4 cm lang.
Normale Urinmenge. Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker.
Schädelform normal. Röntgenbefund der Sella turcica normal.
Augenhintergrund normal.
Keine Hemianopsie.

Blutbefund: Hämoglobin 100%. Rote Blutkörperchen 6 000 000, weiße Blutkörperchen 4200.

Neurologisch o. B.

Zusammenfassung. Die erbliche Belastung ist hochgradig. Der Vater ist möglicherweise ein epileptoider Psychopath gewesen. Ähnliche Entwicklungsstörungen bestehen nicht in der Familie.

Von dem körperlichen Befund des Kranken will ich nur hervorheben, daß die Körperproportionen leidlich normal waren und daß die Genitalien ebenfalls anatomisch und funktionell wenig von der Norm abwichen.

Auffallend waren die ausgesprochen weiblich aussehenden Mammae, während sonst Fettansatz fehlte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nicht zu erklären sind die neuralgiformen Schmerzen, über die der Kranke zeitweise klagt[1]).

Von den psychischen Erscheinungen ist die gute Intelligenz hervorzuheben. Er litt früher an Bettnässen. Es bestehen eine schwere Migräne, Schwindelanwandlungen und reaktive Ohnmachten.

Die Stimmungsschwankungen sind erheblich, sie sind bald durch Reizbarkeit, bald durch „Katzenjammer"stimmung, bald durch hypomanische Erscheinungen charakterisiert. Besonders auffallend, unter Berücksichtigung des sozialen Niveaus, aus dem der Kranke stammt, beziehungsweise in dem er jetzt lebt, ist das triebartige Fortlaufen.

Seinem sexuellen Defekt steht er verhältnismäßig euphorisch gegenüber. Er leidet hauptsächlich unter seinen körperlichen Beschwerden.

Überblickt man nun das eben Berichtete, so muß man in der Tat sagen, daß es sich hier um kein besonders seltenes Krankheitsbild handelt, und daß infolgedessen Saenger mit dieser Behauptung recht hat. Im allgemeinen ist es nur zu wenig bekannt und wird daher häufig übersehen, oder aber es wird bei den gröberen Formen mit anderen Namen, wie z. B. Feminismus, Kryptorchismus, Hodenaplasie od. dgl. belegt. Ich habe 62 Fälle aus der deutschen Literatur zusammenstellen können, ohne dabei jedoch Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, da viele dieser Kranken unter anderen Diagnosen beschrieben sein werden.

Ich will zunächst kurz zu den körperlichen Befunden Stellung nehmen, soweit sie mir für meinen vorliegenden Zweck von Wichtigkeit zu sein scheinen.

Was das Geschlecht der Eunuchoiden anbetrifft, so ist zu sagen, daß das weibliche Geschlecht entschieden in der Minderheit ist, wenn auch vielleicht nicht in dem Maße, wie man jetzt gewöhnlich annimmt. Gewöhnlich vermeidet man es bei weiblichen Patienten, sie völlig nackt zu untersuchen, und es kommt daher sehr leicht vor, daß, wenn man nicht ganz besonders auf dieses Krankheitsbild achtet und fahndet, man die eunuchoiden Proportionen übersieht.

Hinsichtlich des Lebensalters will ich hervorheben, daß der jüngste Eunuchoide, den Neurath beschrieben hat, ein 6jähriger Junge war. Der älteste war ein 85jähriger Greis (Saenger). Der Umstand, daß der Eunuchoidismus schon lange vor der Pubertät auftritt, z. B. wie ich schon sagte, im 6. Lebensjahre, kann mit Recht dafür verwertet werden, daß es sich hier um Ausfallserscheinungen des interstitiellen Hodenanteils handeln muß, und daß dieser eine weitgehende Selbständigkeit hat.

Das familiäre Auftreten dieses Krankheitsbildes kann keines-

[1]) Sterling führte sie in seinen Fällen auf körperlich-statische Momente zurück.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegs, so wie es Goldstein wollte, als Regel angesehen werden. Ich fand nur vier Autoren, die familiäres Auftreten beschrieben haben (Goldstein, Jacobs, Knöpfelmacher, Sainton).

Was die Einteilung in hochwüchsige und fette Eunuchoide anbetrifft, so stehe ich zwar auch auf dem Standpunkt, daß man hier nicht schematisieren darf, sondern daß es alle möglichen Übergänge gibt. Immerhin halte ich diese Einteilung zur kurzen Orientierung für geeignet. Besonders ist auch darauf hinzuweisen, daß keineswegs immer ein ausgesprochener Hochwuchs vorhanden zu sein braucht. Es sind sogar einzelne unter der Norm große Individuen, wenn auch selten, beschrieben worden. Auch die Disproportionen der Extremitäten und des übrigen Körpers müssen keineswegs immer unbedingt vorhanden sein. Ich verweise auf meinen dritten Fall, der die Disproportion des Körpers nur andeutungsweise aufwies.

Über Sektionen von Eunuchoiden fand ich in den letzten Jahren nur einen Bericht. Er stammt von Fränkel. Dieser fand die Drüsen mit innerer Sekretion im wesentlichen unverändert. Die Hoden allerdings waren kaffeebohnengroß und zeigten einen fötalen Bau. Keine Leydigschen Zwischenzellen. Die Samenstränge waren durch Bindegewebe auseinandergedrängt, die Samenblasen waren kaum angedeutet. Die Prostata fehlte völlig. Fränkel meint, ebenfalls auf Grund seines Sektionsbefundes, daß die Hodenzwischensubstanz für die Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale eine ausschlaggebende Bedeutung habe. Bei künftigen Sektionen von Eunuchoiden, besonders bei den hochgradig schwachsinnigen, wird man meines Erachtens auch zu berücksichtigen haben, daß nach H. Vogt bei den meisten Idioten die Organgewichte herabgesetzt gefunden werden.

Über die Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion bei dem vorliegenden Krankheitsbilde ist folgendes zu sagen: Im Hinblick auf die anatomischen Befunde ist zunächst hervorzuheben, daß die Insuffizienzerscheinungen der Hodenzwischensubstanz in dem Krankheitsbilde eine dominierende Rolle spielen und ihm ihr Gepräge aufdrücken. Davon abgesehen scheint mir auch die Insuffizienz der Schilddrüse eine große Bedeutung zu haben. Es ist auffällig, daß in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle von einer nicht zu fühlenden Schilddrüse gesprochen wird. Vergrößerung der Schilddrüse ist nur einige Male, basedowähnliche Erscheinungen sind überhaupt nicht beobachtet worden. Bemerkenswert ist auch die außerordentlich hohe Kohlenhydrattoleranz dieser Kranken: 350 g Traubenzucker per os führten keine alimentäre Glykosurie herbei. Die öfters beschriebene trockene schuppende Haut ist auch in dieser Richtung zu verwerten.

Einige Male ist auch von einer Polyurie vom Typus des Diabetes insipidus und von akromegalen Zügen berichtet worden. Möglicher-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weise handelt es sich hier um Erscheinungen von seiten der Hypophyse.

Diese Beobachtungen lassen daran denken, daß hier, wie so häufig, Störungen bestehen, die auch andere Blutdrüsen betreffen. Goldstein, Ebstein und Peritz glauben daher das Krankheitsbild durch eine pluriglanduläre Erkrankung erklären zu können. Demgegenüber muß besonders auf den Sektionsbefund von Fränkel hingewiesen werden, der eben nur die Hoden pathologisch verändert fand.

Für die Ätiologie scheint mir auch noch wichtig, daß bei den vorliegenden Kranken schwerwiegende und hochgradige Degenerationszeichen und Mißbildungen beobachtet wurden. Sterling hat diese bereits ausführlich zusammengestellt. Ich verweise daher auf seine Beschreibung. Von diesem Autor noch nicht bekannten Mißbildungen und Degenerationszeichen kann ich folgende anführen: ovale Pupillen (Maaß), Mißbildungen am Hinterhauptsbein, partieller Riechlappendefekt, beiderseitiger Defekt des Tractus und Bulbus olfactorius, wobei ich hervorheben muß, daß Weidenreich, der dies beschreibt, bei elf Fällen von Riechlappendefekt dreimal Hypoplasie des Genitales gefunden hat. Er nimmt ein abnormes Verhalten der Hypophyse an, das durch die gleichen Ursachen wie der Defekt im Riechlappen bedingt sei. Salzberger fand bei seinem Fall ein längsgefurchtes Zäpfchen, Daltonismus, geringes Geruchsvermögen. Knöpfelmacher erwähnt Polysyndaktilie.

Hierbei will ich besonders auf den ersten Fall von Guggenheimer hinweisen, der beiderseits eine Schwellung der Parotis hatte. Besonders hervorzuheben ist auch noch die häufige Mikrocephalie und die Sattelnase.

Hinsichtlich der Sexualität schließe ich mich vollkommen Sterling an, der für eine weitgehende Dissoziation zwischen anatomischem Befund und funktionellem Verhalten der Genitalien eintritt. Bemerkenswert erscheint mir, daß der zweite meiner Fälle einen normal großen Penis hatte, wie auch schon einmal Sterling fand.

Beim Blutbefund scheint ein häufiges Symptom die Mononucleose zu sein. Ab und zu kommt anscheinend eine geringe Hyperglobulie und leichte Eosinophilie vor.

Guggenheimers Blutbefunde sind nicht typisch zu nennen.

Ich komme nun zu den psychischen Erscheinungen und muß da besonders zu Sterling Stellung nehmen, der ja der Psyche der Eunuchoiden große Aufmerksamkeit geschenkt hat.

Die Aufstellung seines ersten Typus halte ich im allgemeinen für berechtigt. Ich muß mich jedoch entschieden dagegen wenden, daß er das Verhalten der Patienten ihrem sexuellen Defekt gegenüber klassifikatorisch verwertet. Ich halte dies für etwas Unwesentliches.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Richtig dagegen ist, daß viele Kranke eine gute Intelligenz zeigen. Es ist auch künftighin besonders auf die leichten psychischen Veränderungen, Stimmungsschwankungen, Migräne, Vasomotorenlabilität u. dgl. zu achten. Wenn Sterling meint, daß es meist strebsame, tüchtige und arbeitsfähige Individuen seien, so kann ich das in dieser Allgemeinheit auch nicht als richtig anerkennen. Im Gegenteil, ich glaube, daß die häufigen Stimmungsschwankungen und sonstigen Beschwerden, die diese Kranken haben, sie in ihrer Arbeitsfähigkeit doch erheblich beeinträchtigen.

Ich will hierbei auch gleich zur Frage des sog. epileptoiden Charakters Stellung nehmen. Besonders mein erster und mein dritter Fall weisen eine außerordentliche Ähnlichkeit mit den Erscheinungen der Epileptiker auf. Man könnte sie als epileptoide Psychopathen bezeichnen. Immerhin weisen sie doch einige besondere Eigenarten auf. Ich möchte dabei besonders auf die zahlreichen vasomotorischen oder, wie Sterling sagt, die dysendokrinischen Erscheinungen hinweisen. Es ist mir in der Literatur bei der Beschreibung der Fälle von Eunuchoidismus mehrfach aufgefallen, wie hochgradig die Vasomotorenlabilität ist. Besonders hat auch Sterling darauf geachtet. Er hat diese Erscheinungen jedoch nicht für „vegetativer", sondern für dysendokrinischer Natur erklärt, und zwar besonders gerade deshalb, weil sie bei dem Krankheitsbilde des Eunuchoidismus vorkommen, das unzweifelhaft auf Störungen von Drüsen mit innerer Sekretion zurückgehe. Ich neige, besonders auch auf Grund der Beobachtungen, die ich an meinem Fall 1 und 3 machte, dazu, diese vasomotorischen Störungen ätiologisch für die psychischen Erscheinungen, z. B. die reaktiven Ohnmachten, die Schwindelanwandlungen, Absencen, die Migräne usw. in Anspruch zu nehmen. Ich denke da an ähnliche Erscheinungen, wie sie Oppenheim bei seinen psychasthenischen Krämpfen, Bratz, Rhode u. a. beschrieben haben. Allerdings halte ich weitere Beobachtungen in dieser Richtung bei den Eunuchoiden noch für nötig.

Hoffentlich werden bei künftigen Publikationen gerade die leichten psychischen Veränderungen eine besondere Berücksichtigung erfahren. Bei meinen zusammengestellten Fällen ist nur dreimal der psychische Befund anscheinend ein völlig normaler gewesen. 40 Proz. der Kranken dagegen gehörten in diese erste Gruppe hinein, d. h. es fanden sich nur leichte psychische Abweichungen bei normaler Intelligenz. Bei vielen Autoren hatte ich jedoch den Eindruck, daß sie die leichteren psychischen Veränderungen zugunsten des körperlichen Befundes vernachlässigten. Im allgemeinen möchte ich es noch immer für nicht völlig sichergestellt halten, ob es überhaupt Eunuchoide gibt, die bei ausgesprochenen körperlichen Erscheinungen psychisch völlig normal sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch die Aufstellung des zweiten Typus von Sterling halte ich im allgemeinen für berechtigt, und zwar rechnet man hierunter alle mehr oder minder Schwachsinnigen. Ich möchte dazu anregen, künftighin auch auf die leichten Fälle von Schwachsinn zu achten, die bei der Untersuchung vielleicht zunächst nur als „schüchtern, ängstlich, scheu" auffallen werden.

Keine Berechtigung kann ich dem dritten Sterlingschen Typus zuerkennen. Er nennt ihn bekanntlich „Parasitentypus". Es scheint sich bei seinen Fällen um minderwertige Debile gehandelt zu haben. Ob dieselben nun arbeiten oder nicht, ob sie faul oder fleißig sind, erscheint mir ebensowenig klassifikatorisch berücksichtigt werden zu können wie ihr Verhalten dem sexuellen Defekt gegenüber. Mein zweiter Fall könnte in diesen Parasitentypus von Sterling eingereiht werden. Wenn man sich aber vor Augen hält, wie häufig er an migräneartigen Zuständen leidet, daß er körperlich schwächlich ist und noch dazu erheblich schwachsinnig, so wird man viel eher geneigt sein, seine „parasitären" Eigenschaften als Folge seiner körperlichen und psychischen Minderwertigkeit aufzufassen und ihnen nur eine sekundäre Bedeutung beimessen. Es darf uns auch nicht überraschen, daß sich bei einem Krankheitsbilde wie dem vorliegenden, auch auf psychischem Gebiete Minderwertigkeiten und eventuell asoziale Neigungen zeigen. Ich verweise da z. B. auf die Hempelschen Fälle. Ich halte diese gewissermaßen soziale Beurteilung der Kranken vom klinischen Standpunkte aus nicht für wesentlich.

Ich möchte vielmehr vorschlagen, als dritte Gruppe diejenigen Fälle mit epileptischen Erscheinungen zusammenzufassen; und zwar werden diese naturgemäß auch häufig mit mehr oder minder hochgradigem Schwachsinn vereinigt sein.

Die eben beschriebenen drei Gruppen kann man nach dem bisher Bekannten abgrenzen und in sie jeden einzelnen Fall einreihen. Immerhin glaube ich, daß man bei genauerem Achten einmal auf die Eunuchoiden überhaupt und dann besonders auch auf ihre psychischen Veränderungen noch andere psychische Erscheinungen, wie man sie auch sonst bei Degenerierten findet, beschreiben wird.

Die zweite Gruppe, d. h. die mehr oder minder Schwachsinnigen, fand ich in etwa 40 Proz. der Fälle.

Unter dem Eindruck meiner eigenen Beobachtungen glaubte ich zunächst, daß die epileptischen Erscheinungen geradezu typisch für das vorliegende Krankheitsbild wären. Ich habe jedoch bei meiner Statistik echte epileptische Erscheinungen nur in etwa 20 Proz. der Fälle gefunden. Wenn man allerdings auch den sog. epileptischen Charakter hierhin rechnet, wird man auf einen höheren Prozentsatz kommen, der jedoch schätzungsweise nicht über 40—50 Proz. hinausgeht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meines Erachtens sind die psychischen Erscheinungen geeignet, uns auch hinsichtlich der Ätiologie Aufschlüsse zu geben. Ich will zunächst den angeborenen Schwachsinn heranziehen. Es ist selbstverständlich, daß es sich dabei nicht um den Ausfall einer Drüse mit innerer Sekretion handelt. Sein Vorkommen spricht vielmehr besonders dafür, daß es sich hier um ein degeneratives konstitutionelles Krankheitsbild handelt.

In diesem Sinne ist auch zu verwerten, daß die eunuchoiden Erscheinungen in die früheste Kindheit zurückgehen, mithin wahrscheinlich kongenital sind. Dafür spricht auch, daß zahlreiche schwerwiegende Degenerationszeichen bei den Eunuchoiden gefunden werden.

Von den epileptischen Erscheinungen ist zunächst zu sagen, daß so viel sichersteht, daß sie in keinem ätiologischen Zusammenhang mit der Hodensekretion stehen. Einmal ist nicht bekannt, daß sie bei Kastraten einigermaßen häufig sind. Auch bei dem sog. Späteunuchoidismus von Falta spielen sie keineswegs eine irgendwie erhebliche Rolle. Schließlich werden sie auch bei dem uns hier interessierenden Krankheitsbilde selbst bei weiter Dehnung des Begriffes Epilepsie keineswegs in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle beobachtet.

Anders verhält es sich mit der möglichen Beziehung der epileptischen Erscheinungen zu den Schilddrüsenveränderungen. Bekanntlich hat man in den letzten Jahren einen Teil der epileptischen Erkrankungen mit Schilddrüsenstörungen in Zusammenhang gebracht, und es muß als feststehend angesehen werden, daß eine Schilddrüsenunterfunktion bei Eunuchoidismus häufig eine Rolle spielt.

Von einem unbedingten ätiologischen Zusammenhang habe ich mich nach dem bisher Bekannten jedoch nicht überzeugen können. Es müßte künftighin darauf geachtet werden, ob gerade bei den Fällen mit epileptischen Erscheinungen auch stets die Schilddrüsenstörungen besonders hervortreten. Unter anderem wäre auch die Blutgerinnungszeit heranzuziehen. In dieser Richtung könnte man höchstens die Angaben von Stern verwerten, der seine eunuchoiden Epileptiker mit Schilddrüsenmedikation günstig beeinflußte. Doch ist dabei zu berücksichtigen, daß gegenüber vermeintlichen therapeutischen Erfolgen gerade bei der Epilepsie äußerste Skepsis am Platze ist.

Andererseits habe ich in den letzten Jahren gerade auf das Vorkommen auch von leichten eunuchoiden Zügen bei Epileptikern geachtet und kann jedenfalls so viel sagen, daß sie keine irgendwie erhebliche Rolle spielen.

Ich glaube vielmehr, daß die Epilepsie bei den Eunuchoiden eine sog. „konstitutionelle“ (Binswanger) ist und daß sie ein dem Schwachsinn paralleles, auf kongenitale Momente zurückgehendes Symptom ist.

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Im Hinblick auf die körperliche Ähnlichkeit zwischen den Eunuchoiden und den Eunuchen wird es interessieren, nachzuforschen, ob auch psychisch Ähnlichkeiten bestehen. Auch hierauf ist bisher wenig geachtet worden. Dies überrascht um so mehr, als sonst den Hoden und ihrer Sekretion ein großer Einfluß auf die männliche Psyche zugeschrieben wird.

Ich will da besonders M. Hirschfeld zitieren, der in einer Arbeit über Geschlechtsdrüsenausfall zwei Kastraten beschreibt, die manche Ähnlichkeit mit der ersten Gruppe der Eunuchoiden haben.

Der erste Fall ist mit 21 Jahren kastriert worden. Er hatte einen Eunuchenkörper. Psychisch war er feminin. In der Stimmung machte sich eine Periodizität geltend. Außerhalb der Perioden bestand eine reizbare Nervenschwäche. Er hatte Muttergefühle, Angstzustände, vielseitige Interessen für Theater, Kunst und Blumen und neigte zum Übersinnlichen.

Hirschfelds zweiter Fall ist mit 46 Jahren kastriert worden. Drei Jahre später sind die ersten körperlichen Veränderungen ausgesprochen gewesen. Außerdem bestand große Affekterregbarkeit. Weinen und Lachen nahmen nicht selten einen zwangsartigen Charakter an. Er war gutmütig, gefällig, arbeitsam. Die Intelligenz war ungestört. Einsiedlernatur. Er ging täglich in die Kirche.

Zambuko-Pascha schildert die Eunuchen als traurig, träge, energielos, abulisch, knechtisch, grausam, ängstlich, gemütlos, egoistisch, kurz, als „große Kinder". Ausnahmsweise seien auch nette, intelligente darunter. Man vergleiche damit die erste Gruppe der Eunuchoiden, und man wird zugestehen müssen, daß hier manche Ähnlichkeiten vorzuliegen scheinen.

Ich will nun noch dazu Stellung nehmen, ob sich auch psychische Unterschiede gegenüber der Psyche der Infantilen finden. Anton und di Gaspero haben sich besonders für den psychischen Infantilismus interessiert. Nach Gaspero zeigt Gruppe 1, das sind die reinen Infantilen, folgende Eigentümlichkeiten der Kinderpsyche:

1. Störungen des Beobachtungsvermögens, insbesondere mangelhafte Fähigkeit einer raschen und konzisen Auffassung komplexer Wahrnehmungen.
2. Unvollständiges Abstraktionsvermögen.
3. Tendenz zur Überschätzung von Größenmaßen.
4. Insuffizienz der Gedächtnisenergie und Gedächtnistreue.
5. Unselbständigkeit und Unfertigkeit im Urteilsvermögen, Neigung zu kategorischen Analogieschlüssen mit Unvermögen im richtigen Ermessen der Tragweite einer Behauptung.
6. Regsamkeit der kombinierenden Einbildungskraft und Überwuchern derselben über das erlaubte Maß.

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

7. Erhöhte Suggestibilität (Induzierbarkeit).
8. Disposition für angstvolle Affektausbrüche mit erleichtertem Überwertigwerden von Begleitaffekten.
9. Neigung für ein eigenartiges, am zweckmäßigsten mit dem Ausdrucke „Spielen" charakterisierbares Vorgehen.

Im übrigen muß ich auf die Einzelheiten der ausführlichen Schilderung verweisen.

Gruppe 2 sind nach ihm halb Erwachsene und halb Kinder. Die Berichterstattung war bei ihnen wesentlich gegenstandsvoller und kritischer. Echte Erinnerungsfälschungen kamen nur ausnahmsweise vor. Das Wissen überragte bei ihnen die Aussagetreue. Beim Examen waren sie leicht induzierbar.

Heranziehen muß ich auch noch die Angaben über den infantilen, kleinmütigen Verstimmungszustand und den Mangel an Selbstvertrauen, den di Gaspero häufig bei diesen Persönlichkeiten fand. Es liege in der Natur der Sache, daß sich der Infantilismus häufig mit funktionellen Neurosen vergesellschafte, insbesondere sei die psychogene Neurose die „Hausneurose", da die Infantilen infolge ihrer Unzulänglichkeit leicht aus dem seelischen Gleichgewicht kämen.

Bei den echten Infantilen der Gruppe 1 ist noch zu beachten, daß der psychische Infantilismus mit dem Älterwerden zu einem Rückschritte wird, zu einem „sekundären infantilen Schwachsinn" oder kurz „zu einem infantilen Schwachsinn" (di Gaspero). Ich würde es für besser halten, diesen Zustand als infantilen „relativen" Schwachsinn zu bezeichnen.

Vergleicht man nun das eben vom Infantilismus im wesentlichen Angeführte mit den psychischen Erscheinungen der Eunuchoiden, so muß man sagen, daß gar keine Ähnlichkeiten bestehen. Echten psychischen Infantilismus habe ich nicht gefunden, wo die psychischen Erscheinungen ausführlicher beschrieben waren. Einige Male ist allerdings der psychische Zustand mit „infantil" bezeichnet worden. Ich verweise auf die von di Gaspero erörterten Unterschiede zwischen dem kongenitalen Schwachsinn und dem Infantilismus, woraus hervorgeht, daß die Unterschiede manchmal nicht auf den ersten Blick in die Augen fallen, obwohl sie streng geschieden werden müssen. Der echte Infantilismus besitzt eine für ein bestimmtes Alter „normale" Intelligenz, nur hat er die Intelligenzstufe an Jahren überholt. Der Schwachsinnige aber ist von vornherein in allen Lebensaltern „defekt", es gibt für ihn keine Altersstufe, der etwa seine Intelligenz entspräche. Die Schüchternheit der leicht Schwachsinnigen, ihre Ängstlichkeit, das fehlende energische, „unmännliche" Auftreten haben oft eine gewisse äußere Ähnlichkeit mit dem Verhalten der Infantilen.

Praktisch wichtig sind die Eunuchoiden in der heutigen Zeit z. B. für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Militärarzt, und zwar sind die vom Typus 2 und 3, d. h. die Schwachsinnigen und die mit epileptischen Erscheinungen, meist in hohem Grade unbrauchbar. Die mit Epilepsie scheiden natürlich ohne weiteres aus. Aber auch die Schwachsinnigen werden sehr oft wenig leistungsfähig sein, und zwar aus ähnlichen Gründen, wie ich sie gleich im folgenden bei Gruppe 1 anführen will. Bei der ersten Gruppe nämlich ist besonders zu berücksichtigen, daß diese Kranken auch körperlich leicht ermüden, daß ihre Intelligenz zwar normal ist, daß sie aber eine Reihe von Beschwerden haben, die sie in ihrer Leistungsfähigkeit hochgradig beeinträchtigen. Es wird also nicht generell, sondern nur im Einzelfalle zu entscheiden sein, wie weit diese Kranken militärisch verwertet werden können.

Auch gerichtlich-psychiatrisch sind diese Fälle beachtenswert. Im allgemeinen wird man als Sachverständiger einen leichten Standpunkt in der Vertretung ihrer angeborenen Minderwertigkeit haben, da die Veränderungen des Körpers schon so hochgradig sind, daß sie auch dem Laien imponieren. Nicht besonders beschrieben zu werden brauchen die Möglichkeiten, die sich aus den epileptischen Erscheinungen und aus dem Schwachsinn ergeben. Die Fälle vom Typus 1 werden eventuell bei Affektvergehen in Frage kommen. Auch unerlaubte Entfernung vom Heeresdienste kann in diesen Fällen manchmal beobachtet werden, wie mein Fall 2 zeigt.

Erwähnen will ich noch, daß ich im Falle 3 gefragt wurde, wie ich mich ärztlich zur Frage des Ehekonsenses stellte. Es ist da besonders zu berücksichtigen, daß die Eunuchoiden im allgemeinen steril sind und daß ihre sexuelle Leistungsfähigkeit gering ist.

Zusammenfassung.

1. Auch psychisch lassen sich die Eunuchoiden von den Infantilismen gut trennen.

2. Nach dem bisher Bekannten lassen sich die Eunuchoiden psychisch in folgende drei Gruppen einteilen:

Erste Gruppe: Normale Intelligenz. Häufig epileptoide Erscheinungen. Häufig Auffälligkeiten im vasomotorischen Gebiete.

Die zweite Gruppe umfaßt alle Grade von Schwachsinn; besonders ist auch auf die leichten Grade zu fahnden.

Die dritte Gruppe enthält die Fälle mit ausgesprochenen epileptischen Erscheinungen, bei denen naturgemäß auch häufig mehr oder minder hochgradiger Schwachsinn bestehen wird.

Es steht zu erwarten, daß bei weiterem Bekanntwerden des Krankheitsbildes auch weitere degenerative psychotische Erscheinungen zur Beobachtung kommen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Die erste Gruppe scheint Ähnlichkeiten mit der Psyche der Kastraten zu haben.

4. Für die epileptoiden Erscheinungen der ersten Gruppe kommen vielleicht vasomotorische Einflüsse ätiologisch in Frage.

5. Die psychischen Erscheinungen lassen einen Rückschluß auf das Wesen des Eunuchoidismus zu. Es handelt sich um ein degenerativ-konstitutionelles Krankheitsbild. Im Vordergrunde steht eine Störung des interstitiellen Hodenanteils, aber auch andere Drüsen mit innerer Sekretion sind beteiligt, z. B. Schilddrüse, Hypophyse.

6. Mit Sicherheit läßt sich sagen, daß die epileptischen Erscheinungen keine ursächlichen Beziehungen zur inneren Sekretion der Hoden haben. Es erscheint sehr zweifelhaft, ob die bei diesem Krankheitsbilde häufige Schilddrüseninsuffizienz ätiologisch für die Epilepsie in Anspruch genommen werden kann. Es handelt sich wahrscheinlich um eine sog. „konstitutionelle", dem angeborenen Schwachsinn parallel gehende Epilepsie.

Literaturverzeichnis.

1. Anton, „Vier Vorträge über Entwicklungsstörung beim Kind." Berlin 1908. — „Reiner Psychoinfantilismus." Forens. Psychiatrie **2**. 1910.
2. Bolten, „Pathogenese und Therapie der genuinen Epilepsie." Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **23**. 1913.
3. Bratz, „Sammelbericht über Epilepsie." Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1901.
4. Bregmann, „Ein Fall von Eunuchoidismus." Neurologia Polska **3**, Heft 5.
5. Claude et Schmiergeld, „L'opothérapie unie ou pluriglandulaire adjuvant le traitement brom dans l'épilepsie essentielle." Epilepsia Dez. 1912, Vol. 4. Fasc. 1.
6. — „Les glandes à sécrétion interne chez les épileptiques." L'encephale Janv. 1909.
7. Cornils, „Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Eunuchoidismus." Inaug.-Diss. Ref. N. C. 1918, S. 692.
8. Ebstein, E., „Über Eunuchoidismus u. Diabetes insipidus." Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. **25**, 441. 1912.
9. Ehrlich, M., „Ein Fall von Eunuchoidismus." Ref. N. C. 1918, S. 692.
10. Falta, W., „Späteunuchoidismus und multiple Blutdrüsensklerose." Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 30, 31.
11. — „Die Erkrankungen der Blutdrüsen." Berlin. Springer 1913.
12. Fischer, H., „Eunuchoidismus." Demonstr. Deutsche med. Wochenschr. 1916, S. 276. Sitzungsber.
13. Fraenkel, E., „Eunuchoidismus." Ärztl. Ver. z. Hbg. 6, I. 1914. Sitzungsber. Deutsche med. Wochenschr.
14. — „Eunuchoidismus." Deutsche med. Wochenschr. 1918. Sitzungsber.
15. v. Frankl-Hochwart, „Über den Einfluß der inneren Sekretion auf die Psyche." Med. Klin. 1912, S. 1953.

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

16. Gaspero, di, „Der psych. Infantilismus.“ Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **43**. 1907.

17. Gelma, „Opothérapie thyroïd. et épilepsie.“ Revue de Méd. 1913, Nr. 1.

18. Goldstein, K., „Über Eunuchoide.“ Archiv f. Psych. **53**, 649. 1914; Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 1, Vortrag.

19. Guggenheimer, H., „Über Eunuchoide.“ (Ref. N. C. 1913, 32.) Deutsches Archiv f. klin. Med. C. **7**, 1912, H. 5 und 6.

20. Hempel, „Aplasie der Hoden.“ N. C. 1911, S. 111. Sitzungsber. d. Psych. Ver. Berlin.

21. Hirschfeld, M., „Über Geschlechtsdrüsenausfall.“ Neurol. Centralbl. 1916.

22. Jacobs, W., „Inaug.-Diss. Hypophysäre Fettsucht und Eunuchoidismus.“ Ref. Neurol. Centralbl. **35**. 1916.

23. Josephson, A., u. Sundquist, „Abnorm. Längenwachstum bei ungenügender Entwicklung der Genitalia.“ Zeitschr. f. Nervenheilk. 3./4. H. 1910.

24. Kisch, „Über Feminismus männl. lipomatöser Individuen.“ Wiener med. Wochenschr. 1905, S. 366.

25. Knöpfelmacher, W., „Zwei eunuchoide Geschwister.“ Ges. d. Ärzte i. Wien 1911. Wiener klin. Wochenschr. 1911, S. 956.

26. Mass, O., „Eunuchoide.“ Demonstr. Neurol. Centralbl. 1913, 32.

27. Naegeli, „Über die Konstitutionslehre in ihrer Anwendung auf das Problem der Chlorose.“ Deutsche med. Wochenschr. 1918, S. 842.

28. Neurath, „Über Fettkinder.“ Hypophysäre und eunuchoide Adipositas im Kindesalter. Wiener klin. Wochenschr. 1911, Nr. 2, S. 43.

29. Onuf, B., „A study of eunuchoidismus in its various aspects and its bearing on other pathological status.“ Amer. Journ. of dermatol. and genito-urin dis. **16**. 1912.

30. Parhon, „Considérations sur le rôle des altérations endocrines dans la pathogénie de la dégénérescence.“ Congrès de méd. alién. à Dijon-Sesston **13**, 153. 1908.

31. Peritz, G., „Über Eunuchoide.“ Neurol. Centralbl. 1910, S. 1286.

32. Riedinger, J., „Über Folgen des Verlustes beider Hoden am Ende der Wachstumsperiode.“ Zeitschr. f. orthop. Chir. **25**.

33. Saenger, „Zwei Fälle von Eunuchoidismus.“ Ärztl. Ver. z. Hambg., 9. 12. 1913. Sitzungsber. Deutsche med. Wochenschr. 1910.

34. — „Eunuchoidismus.“ Ref. Neurol. Centralbl. **33**, 206. 1914.

35. — „Über Eunuchoidismus.“ Zeitschr. f. Neur. **51**, 178.

36. Salzberger, M., „Kasuistische Mitteilg. über einen Eunuchoiden.“ Neur. Centralbl. **10**, 542. 1913.

37. Scheer, M. van der, „Die pathogenet. Stellung der Blutdrüsen in der Psychiatrie.“ Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. R. **10**, 225. 1914.

38. Schwaer, G., „Zur Ätiologie des Späteunuchoidismus.“ Deutsche med. Wochenschr. **40**, 963. 1914.

39. Stern, R., „Zur Prognose der Epilepsie.“ Jahrb. d. Psych. **30**, 10. 1909.

40. Stieda, A., „Über einen im jugendl. Alter Kastrierten.“ Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 18.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

41. Voelkel, E., „Störungen der inneren Sekretion bei Eunuchoiden.“ Berliner klin. Wochenschr. 1918.

42. Volland, „Organuntersuchungen bei Epilepsie.“ Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910, S. 307.

43. Weidenreich, Franz, „Über partiellen Riechlappendefekt und Eunuchoidismus beim Menschen.“ Z. f. Morph. u. Anthropol. 18. Ref. Neur. Centralbl.

44. Zambuco-Pascha, „Les Eunuques d'aujourdhui et ceux de iadis.“ Paris, Masson & Cie.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Aus dem Zweiglazarett Bürgerhospital Stuttgart [leitender Arzt: Geheimrat Oberstabsarzt Dr. Fauser).]

Zu den Geschwülsten des Mittelhirns.

Von

Dr. med. **A. Paulus,**

Oberarzt der Reserve.

(Eingegangen am 18. Oktober 1918.)

Für die topische Diagnostik der Mittelhirntumoren sind nach Marburg für die Klinik im wesentlichen drei Symptomenkomplexe entsprechend den drei Etagen (Vierhügelgegend, Hirnschenkelfuß, Hirnschenkelhaube) des Mittelhirns bezeichnend. Allen gemeinsam ist eine Lähmung des Oculomotorius, verbunden mit Bewegungsstörungen der Extremitäten, dabei weist das Syndrome de Benedict (Oculomotoriuslähmung mit kontralateraler Athetose bzw. Tremor) auf einen Herd im Gebiet der Haube, während das Webersche Syndrom (gleichseitige Oculomotoriuslähmung mit kontralateraler Hemiplegie) charakteristisch ist für einen Prozeß im Gebiet des Hirnschenkels; endlich soll das Syndrome de Nothnagel (ein- oder beiderseitige Oculomotoriuslähmung mit Ataxie vom Typ der cerebellaren) nach Marburg für einen Prozeß der eigentlichen Vierhügelgegend verwertet werden.

Für die Tumoren des Hirnschenkelfußes, mit denen wir uns hier ausschließlich beschäftigen werden, hat jedoch das Webersche Syndrom nur ganz im allgemeinen seinen diagnostischen Wert. Vergegenwärtigt man sich die topographischen Verhältnisse des Hirnschenkelfußes, so kann man schon aus theoretischen Erwägungen heraus wohl einen nicht gar so unbedeutenden Tumor annehmen, bei dem das Webersche Syndrom nicht in seiner vollen Ausdehnung vorhanden zu sein braucht. Von den direkten Pedunculusbahnen, die von der innern Kapsel dem Hirnschenkelfuß zustreben, haben die Pyramidenbahnen im Hirnschenkelfuß das mittlere Drittel inne, medial derselben liegt zunächst die Bahn des Facialis, dann die des Hypoglossus (Brodmann). Am medialen Rand des Hirnschenkelfußes dicht vor der Brücke tritt bekanntlich der N. oculomotorius meist in zwei Bündeln, ein mediales, das die inneren Augenmuskeln versorgen soll (Kahler), und ein mehr laterales hinteres Bündel heraus. Bei der doch immerhin

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

nicht unbedeutenden Größe des Pedunculus kann naturgemäß ein verhältnismäßig ausgedehnter Tumor so gelagert sein, daß er den Oculomotorius in keiner Weise mitergreift, wodurch die Lokaldiagnose natürlich äußerst erschwert wird. Es handelt sich dabei um Tumoren, die im lateralen Abschnitt lokalisiert sind. Sitzt der Tumor im vorderen lateralen Abschnitt, so treten vielfach an die Stelle der Störung von seiten des Oculomotorius solche des Tractus opticus. So beschrieb Wernicke eine Stichverletzung in dieser Gegend, die zur Folge hatte kontralaterale Lähmung mit homonymer Hemianopsie und hemianopischer Pupillenstarre. Einen ähnlichen Befund fand Marinesco bei einem Tumor des Hinschenkels.

Zur topischen Diagnose innerhalb des Hirnschenkels sind schon vasomotorisch-trophische Störungen herangezogen worden; es herrscht jedoch über etwaige vasomotorisch-trophische Bahnen im Hirnschenkelfuß noch große Unsicherheit. Auch gewisse Sprachstörungen sind als charakteristisch für den Hirnschenkelfuß angesprochen worden, doch ist die Annahme von entsprechender Sprachbahn noch sehr hypothetisch.

In unserem Lazarett kam vor einiger Zeit ein Tumor des Hirnschenkelfußes zur Beobachtung, der in manchem von den bei Geschwülsten des Hirnschenkelfußes gewohnten Erscheinungen abwich, wodurch er Anlaß gab zu einer topischen Fehldiagnose.

Der 34jährige Landsturmmann C. wurde am 4. VI. 1917 einem Feldlazarett überwiesen. Dort wurde am rechten Bein das Babinskische Phänomen festgestellt, ferner fanden sich die Papillengrenzen beiderseits nicht scharf abgegrenzt. Er wurde, da die Kopfschmerzen mehr und mehr zunahmen, übers Kriegslazarett ins Heimatland abtransportiert und wurde am 16. VI. unserem Lazarett überwiesen.

Die bei uns erhobene Anamnese ergab folgendes: Der Vater des C. litt an Epilepsie. In der Kindheit und Jugendzeit habe C. sich körperlich und geistig normal entwickelt. Er habe nie irgendwelche Erkrankung, insbesondere auch keine geschlechtliche Infektion überstanden. Im September 1915 sei er ins Heer eingestellt worden und im April 1916 an die Front gekommen. Schon im folgenden Monat sei er an Rippenfellentzündung erkrankt. (Es handelte sich dabei nach den Krankenblättern um eine rechtsseitige exsudative Pleuritis, die mit einer leichten Schwartenbildung abheilte, so daß er im August 1916 als g. v. wieder eingestellt wurde.) Während seiner Genesung sei ein eigenartiges Zittern mit dem rechten Bein und Arm aufgetreten. Gleichzeitig sei der Gang etwas beschwerlich geworden und hätten sich Spannungsgefühle im rechten Bein eingestellt. Das Zittern habe aber bald aufgehört und sei dann nur noch selten infolge von Anstrengungen aufgetreten. Im Januar 1917 sei er wieder ins Feld gekommen. Er habe dort Arbeitsdienste zu verrichten gehabt. Im Laufe des Mai sei der rechte Arm und Bein von Tag zu Tag schwächer und steifer geworden, so daß er sich schließlich nicht einmal mehr ein Stück Brot habe schneiden können. Beim Gehen sei er sehr rasch ermüdet, dazu seien ständig sich steigernde Kopfschmerzen aufgetreten, so daß er sich am 4. VI. krank gemeldet habe. Die Sprache sei immer langsamer, verwaschener und undeutlicher ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

worden. Ab und zu habe ihm auch das Schlucken Schwierigkeiten bereitet, das Gehör hätte auf dem rechten Ohr abgenommen, das Körpergewicht sei von Tag zu Tag gesunken. Der Stuhlgang sei regelmäßig gewesen, während er das Wasser nicht mehr so lange habe halten können wie früher. Dabei habe er immer unter starken Nachtschweißen und Stechen auf der Brustseite zu leiden gehabt.

Die körperliche Untersuchung ergab einen mittelgroßen, verfallen und elend aussehenden Mann in äußerst reduziertem Ernährungszustand.

Über der rechten Lunge waren noch Reste seiner überstandenen Pleuritis zu konstatieren, das Herz, ebenso die Bauchorgane wiesen nichts Besonderes auf, der Puls ruhig, regelmäßig 80 Schläge in der Minute. Temperatur 37,6. Der Urin frei von pathologischen Beimengungen.

Der neurologische Befund war folgender: Der Schädel im Hinterkopf diffus klopfempfindlich. N. Trigeminus motorisch und sensibel intakt. Der Cornealreflex beiderseits gleich, gut. N. Facialis war links in allen drei Ästen intakt, während der rechte Mundast ausgesprochen paretisch war und der rechte Stirnast sehr schlecht die Stirn innervierte. Die Pupillen beiderseits rund, mittelweit, reagierten gut auf L., N. und konsensuell. Der Augenhintergrund (Dr. Hescheler) wies beiderseits eine Papillitis (Prominenz beiderseits 2—3 Dioptrien), außerdem in der Gegend des linken Opticus Hämorrhagien auf. Augenbewegungen beiderseits nach sämtlichen Richtungen frei. Lidschluß beiderseits gut.

Die feuchte und leicht belegte Zunge wird gerade herausgestreckt, die Gaumenbögen beiderseits gleichmäßig innerviert. Das Gehör beiderseits normal, ebenso Rinne und Weber o. B. Geruch und Geschmack in Ordnung.

Die Armreflexe (Periost- und Sehnenreflexe) waren rechts viel stärker als links, rechts deutliche Tonussteigerung der Muskulatur. Rohe Kraft im rechten Arm deutlich herabgesetzt. Tremor, insbesondere auch Intentionstremor beiderseits nicht vorhanden, ebenso auch keinerlei apraktischen Erscheinungen.

Cremaster- und Bauchreflexe beiderseits gleich, in Ordnung. Rechter Patellarreflex gesteigert, links lebhaft. Achillessehnenreflex rechts lebhaft, links o. B. Fuß- und Patellarklonus, ebenso das Babinskische Phänomen rechts deutlich, links nicht vorhanden. Oppenheim weder links noch rechts. Lassègue beiderseits angedeutet. Im rechten Bein deutliche Tonussteigerung. Rohe Kraft im rechten Bein stark herabgesetzt. Bei Romberg lebhaftes Schwanken und Unsicherheit.

Sensibilität für Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung überall gut, Stereognosie überall intakt.

Psychisch: Starke Benommenheit und Apathie.

17. VI. Zunehmende Verschlechterung, Temperaturanstieg, abends 38,3. Puls 95. Klagen über heftigste Kopfschmerzen. Bei der geringsten Nahrungsaufnahme stellt sich sofort starkes Erbrechen ein.

18. VI. Da die Erscheinungen einen ganz bedrohlichen Charakter annahmen, wurde Pat. mit der Diagnose: tuberkulöse Hirngeschwulst im oberen linken Ponsgebiet der chirurgischen Station des Vereinslazarett Karl-Olga-Krankenhaus (Prof. Reich) zur Vornahme einer druckentlastenden Operation zugeführt.

19. VI. Es wird der Nackenstich nach Anton und Schmieden (Anlegung eines Fensters in die Membrana atlanto-occipitalis) vorgenommen, wodurch der Liquor einen Abfluß in die Nackenmuskulatur erhielt. Beim Nackenstich selbst zeigte sich, daß der Liquor unter sehr hohem Druck stand.

21. VI. Subjektiv große Erleichterung, Temperatur kehrt zur Norm zurück, die Lähmungserscheinungen bestehen jedoch unvermindert. Die Prominenz der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Papillitis ist beiderseits auf 4—5 Dioptrien gestiegen, links erneut frische Blutungen im Augenhintergrund.

27. VI. Starke Vorwölbung der Nackengegend über dem Nackenstich. Mit der Pravazspritze werden aus der Vorwölbung 20 ccm wasserklaren Liquors entnommen. Wassermann im Blut und Liquor negativ, keine Zellvermehrung im Liquor, Nonne negativ.

10., 17. und 25. VII. Wieder Entnahme von 30 ccm aus der Nackenvorwölbung. Nach der Punktion hat Pat. immer sehr große Erleichterung.

28. VII. Wird Pat. von neuem in unser Lazarett verlegt, zur nochmaligen Prüfung der Lokalisationsfrage.

Der psychische Befund war bei der zweiten Aufnahme bedeutend besser. Er war viel frischer und zugänglicher, aber immer noch müde und schläfrig. Die Klagen über Kopfschmerzen waren geringer und wurden jetzt meist auf die linke Kopfseite lokalisiert.

Der neurologische Befund war im großen und ganzen derselbe wie vor dem Nackenstich. Die Facialisparese rechts hatte in allen drei Ästen eher zugenommen, elektrisch zeigten sich jedoch faradisch und galvanisch im ganzen Facialisgebiet normale Befunde, ferner waren die spastisch-paretischen Störungen des rechten Armes und Beines wie damals vorhanden.

1. VIII. Pat. wird von neuem ins Vereinslazarett K. O. K. mit folgender Lokaldiagnose überführt: Es handelt sich um einen Prozeß in der linken Hirnhälfte, der zwischen der inneren Kapsel und der Facialiskreuzung in dem Pons liegt, und zwar mit Wahrscheinlichkeit im bzw. am oberen Teil des Pons. Zu dieser Lokaldiagnose wurde insbes. verwertet, daß die Facialisparese auf der gleichen Seite der spastischen Erscheinungen sich befand, dabei mußte die Störung am Facialis, obwohl sie alle drei Äste betraf, als eine zentral bedingte angesehen werden. Diese Annahme wurde dadurch noch unterstützt, daß trotz der immerhin schon Monate bestehenden Facialisparese keinerlei elektrische Veränderung im rechten Facialisgebiet nachzuweisen war.

4. und 7. VIII. Zweizeitige Operation durch Prof. Reich. „Die Operation wird so weit fortgeführt, daß der Operateur mit dem Finger den Pons und den Großhirnstiel deutlich abtasten konnte, ohne einen krankhaften Befund erheben zu können.“ Die Operation wurde darauf abgebrochen.

20. IX. trat der Exitus ein. Die Sektion ergab nach dem Sektionsbericht des K.-O.-K.: „Nach Herausnahme des Gehirns konnte zunächst nichts Besonderes festgestellt werden. Beim Abtasten der Basis fühlte man jedoch an der Einmündungsstelle des linken Großhirnschenkels in die Großhirnhemisphäre einen derben Tumor, der nahe der Basis liegt, aber noch vom Hirngewebe bedeckt ist. Bei einem Querschnitt durch den fühlbaren Tumor zeigt sich ein walnußgroßer Tumor, der sich von der Umgebung mit Leichtigkeit stumpf ausschälen läßt. Die histologische Untersuchung ergab einen Tuberkel.“

Überblicken wir noch einmal kurz die Krankengeschichte: Ein Mann, der früher eine tuberkulöse Pleuritis durchgemacht, erkrankt im Felde unter Erscheinungen des vermehrten Hirndrucks wie: starke Kopfschmerzen, zunehmende Apathie, die später bis zur Benommenheit sich steigerte, dysarthrische und bradysphasische Sprachstörung, Schluckbeschwerden, Parese des rechten Facialis in allen drei Ästen und endlich spastisch-paretische Erscheinungen von seiten der rechten Extremitäten. Diese klinischen Erscheinungen wurden für einen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Solitärtuberkel im oberen, vor der Kreuzung des N. facialis gelegenen Teil des Pons gewertet. Die Sektion ergab aber einen Solitärtuberkel im Hirnschenkelfuß.

Auffallend bei unserem Fall ist, daß, obwohl der Tumor doch Walnußgröße hatte, derselbe nicht das für Geschwülste des Hirnschenkelfußes bezeichnende Webersche Syndrom hervorrief, vielmehr daß der Oculomotorius völlig frei geblieben war. Es war also von den oben angeführten Kardinalsymptomen für Erkrankung des Pedunculus nur die spastische Hemiparese vorhanden. Die zentral bedingte Facialisparese gibt naturgemäß für die genaue Lokalisation wenig Anhaltspunkte. Unsere Lokaldiagnose des Tumors war durch seine klinischen Symptome unter diesen Umständen berechtigt.

d'Astros, der sich eingehend mit den Sprachstörungen bei Mittelhirnerkrankung befaßt hat, ist der Ansicht, daß die dysarthrischen Störungen pedunculären Herden, die sog. skandierende Sprache tegmentären Herden entsprechen, während Siebenmann alle Störungen von seiten der Sprache auf Herde in der Haube zurückzuführen sucht. Im Gegensatz zu dieser lokaldiagnostischen Bewertung der Sprachstörungen kommt Marburg auf Grund eingehenden Literaturstudiums zu dem Schlusse, daß „die Bradysphasie und die gelegentlich anders gearteten Sprachstörungen, die keineswegs ausgesprochenen Charakter tragen, Symptome des Hirndrucks sind, also Allgemeinsymptome, da ja das Höhestadium des Hirndrucks als das Stadium herabgesetzter Funktion im allgemeinen anzusehen ist". Unser Fall zeigt jedoch, daß diese letztere Ansicht nicht immer richtig sein kann, da die Sprachstörung bei C. sich schon bei Beginn des Leidens bemerkbar gemacht hat und mehrere Wochen den schweren Allgemeinsymptomen, insbesondere der Benommenheit, vorausging. Unser Fall vielmehr zeigt gerade, daß die Sprachstörung nicht immer ein Allgemeinsymptom des Hirndrucks darstellt, sondern wohl auch zur Lokaldiagnose herangezogen werden kann. Allerdings ist bei unserem Fall die Frage offen, ob die Sprachstörung pedunculär bedingt war, da der Tumor bei seiner doch ziemlichen Ausdehnung auch auf das Tegmentum seine Wirkung ausüben konnte, doch würde unser Fall eher die Anschauungen D'Astros unterstützen, wonach die bradysphasischen und dysarthrischen Störungen pedunculär verursacht sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über die Rolle der Sexualität bei der Genese gewisser Zwangsneurosen[1]).

Von
Prof. **Wilhelm Strohmayer** (Jena).

(Eingegangen am 2. November 1918.)

Man wird Friedmann[2]) recht geben müssen, wenn er meint, daß man das Problem des genetischen und psychologischen Verständnisses der Zwangsvorstellungen nicht zu direkt und zu allgemein fassen dürfe. Denn bei aller Einförmigkeit der fertigen Zwangsidee, als einer „immobilen" Vorstellung, die der normalen Verdrängbarkeit durch Willenseinflüsse ermangelt (Löwenfeld), muß doch jeder halbwegs kritische klinische Beobachter bemerken, daß bei den verschiedenen Einzelfällen von Zwangsideen der Entstehungsmodus und demnach die psychologische und prognostische Wertung recht verschiedenartig sind. Vor allem ist es klar, daß zwischen der nervös-episodischen Zwangsvorstellung des Neurasthenikers oder der periodisch auftretenden des Cyclothymen und der Zwangsvorstellungsneurose sui generis eine Trennung angebracht ist. Bei der nervös-episodischen Form wird bei sonst relativ gesunden Menschen durch greifbare Ursachen, z. B. durch ein Affekterlebnis oder einen psychischen Shock, beim Cyclothymen durch die affektive Gesamtschwankung die Zwangsvorstellung vermittelt, um früher oder später wieder abzuklingen oder zu verschwinden. Die echte Zwangsvorstellungsneurose entsteht auf dem Boden der durch die erbliche Veranlagung geschaffenen „Psychasthenie" mit ihren Charakteren der intellektuellen und emotiven Unzulänglichkeit und Disharmonie. Hier bahnt sich allmählich unter langen Vorläufererscheinungen der Pedanterie, der Gewissensangst, der Skrupulosität und Denkunruhe und einer ständig passiven Affektbereitschaft die Zwangsneurose an, um bei irgendeiner oft ganz gleichgültigen Gelegenheitsursache in klinisch unzweideutiger Form als ein für das ganze Leben stabiles Symptom in Erscheinung zu treten.

---

[1]) Nach einem Vortrag für die Versammlung mitteldeutscher Neurologen und Psychiater in Leipzig am 27. X. 1918.

[2]) Friedmann: Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangsideen usw., Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1914.

Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Ganz abgesehen von der noch recht strittigen Auffassung, wie das merkwürdige Phänomen des „Denkzwanges" psychologisch zu erklären sei, harrt noch eine Reihe anderer Fragen, die sich auf die Entstehung und die Inhaltsprägung der Zwangsvorstellung beziehen, der Klärung. Welche Kräfte als basisschaffend und symptombildend am Werke sind, dies zu ergründen, ist besonders bei der echten Zwangsvorstellungsneurose von großem Interesse, wo man sich ja des Eindruckes nicht erwehren kann, daß sich ähnlich wie bei der originären Paranoia, von jeder äußeren Einwirkung unabhängig, ein Krankheitsprozeß vollzieht, der in einer endogen vorgezeichneten, abwegigen Entwicklung eines Stückes der Persönlichkeit selbst fundiert ist.

Eine von den symptombildenden Kräften sehe ich in der Sexualität des Kranken. Für jeden Eingeweihten verknüpft sich mit diesem Hinweis der Name Freuds. Wie weit ich dabei seinen Spuren folge, wird sich aus meinen Darlegungen ergeben. Es ist zur Genüge bekannt, daß er seinerzeit[1]) definierte: „Zwangsvorstellungen sind jedesmal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle, mit Lust ausgeführte Aktion der Kinderzeit beziehen." Diese Charakteristik der Zwangsvorstellungen als „Abwehrneurose" hat späterhin Freud selbst, als viel zu eng, modifiziert. Er formulierte dann seine Ansicht dahin, daß der psychische Zwang von Verdrängung herrühre und daß die verdrängten Regungen und Vorstellungen, aus denen das Zwangsprodukt hervorgeht, ganz allgemein aus dem Sexualleben stammen. In seinen „Abhandlungen zur Sexualtheorie" sagt er, bei den Psychoneurotikern verrieten sich Neigungen zu allen Perversionen als Symptombildner. Die Anlage zu den Perversionen sei die ursprüngliche, allgemeine des Geschlechtstriebes. Bei den Psychoneurotikern müsse man das Überwiegen der perversen Strebungen als „kollaterale Füllung von Nebenbahnen bei Verlegung des Hauptstrombettes der Sexualität durch die Verdrängung" auffassen und bei der Psychoneurose — also auch bei der Zwangsvorvorstellungsneurose — handele es sich um eine Ablösung der Perversion durch Krankheitssymptome.

Seitdem ich durch Freud darauf aufmerksam geworden bin, bin ich die Überzeugung nicht mehr losgeworden, daß perverse Partialtriebe des Sexuallebens als Symptombildner bei der Zwangsvorstellungsneurose eine ausschlaggebende Rolle spielen. Immer handelt es sich dabei um das Gegensatzpaar: Sadismus — Masochismus. Wenn man bei den Zwangsvorstellungsneurotikern nach der Vita sexualis forscht, so erfährt man — manchmal aber auch ohne jede Nachfrage — von Sexualphantasien oder Sexualhandlungen

[1]) Freud, Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen, Neurol. Centralbl. 1896, S. 438.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(oder einer Kombination von beiden) sadistisch-masochistischer Art, die geradezu verblüffend weit in die Kindheit zurückreichen, zum mindesten schon vor der Pubertätszeit liegen. Eine sexuelle Aufklärung hat meist noch gar nicht stattgefunden, die Phantasien und Sexualhandlungen werden von dem Subjekt gar nicht als geschlechtlich aufgefaßt. Selbst dann nicht immer, wenn sie sich mit masturbatorischen Akten verbinden, bis an irgendeinem Punkte einmal die Aufklärung einsetzt. In den meisten Fällen bleibt der pervers-geschlechtliche Charakter der Handlung oder Phantasie dem Träger dauernd verborgen. Zu einer Weiterentwicklung des kindlichen perversen Sexualtriebes zur manifesten Perversion mit der Tendenz zur Betätigung braucht es nicht zu kommen. In den meisten Fällen begleitet er die masturbatorische Geschlechtsbetätigung des Individuums durch das spätere Leben. Auch noch dann, wenn es schon längst in den Irrgarten seiner Zwangsvorstellungen geraten ist.

Die Zwangsvorstellungsneurose, die sich bei diesen Individuen entwickelt, läßt sich mit Leichtigkeit als eine Art von sadistisch-masochistischem Äquivalent erkennen, insofern als die Zwangsvorstellungen unverfälschten sadistischen oder masochistischen oder aus beiden Komponenten gemischten Charakter tragen. Sie weisen in dem peinigend-versuchenden Zwang aggressive oder leidende Tendenz auf. Das Äquivalent des sadistischen Partialtriebes sind im Gewande der Zwangsvorstellung verhüllte „Schädigungsgedanken". Das Individuum wird gequält von der Zwangsbefürchtung, es könnte durch irgendeine Handlung seine Mitmenschen in irgendeiner Weise geschädigt, verletzt, getreten, gestoßen, gewürgt(!) haben. Besonders der „Würgegedanke", der sich mit Vorliebe auf Kinder bezieht, ist mir als sadistisches Äquivalent in der Zwangsvorstellungsneurose begegnet. So regelmäßig, daß ich mich den Patienten mit ausgesprochenen Würgezwangsvorstellungen die sadistischen Kindheitsphantasien auf den Kopf zuzusagen getraue. Als masochistisches Äquivalent habe ich Zwangsgrübeln, Zwangsbefürchtungen für die eigene Person und Zwangszweifel mit der Folge des Wiederholungs- und namentlich des Waschzwanges gefunden. Wie schon Freud erkannt hat, finden sich beide perverse Partialtriebe meist bei ein und demselben Individuum, der eine überwiegend, der andere komplementär und andeutungsweise und demnach auch die entsprechende Mischung der Zwangselemente.

Schon vor vielen Jahren habe ich[1]) gelegentlich der Analyse eines Falles von Zwangsvorstellungen mit zahlreichen Schädigungsgedanken und vor allem der Zwangsidee, „kleine Kinder zu würgen", wenn er sie

[1]) Strohmayer, Zur Charakteristik der Zwangsvorstellungen als „Abwehrneurose", Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 26.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allein träfe, die Vermutung ausgesprochen, daß der zwangsmäßige Würgegedanke wahrscheinlich ein „verkappter Sadismus" sei.

1. Es handelte sich um einen Fall, den man als ein typisches sadistisch-masturbatorisches Äquivalent ansprechen kann, bei dem sich das Schuldbewußtsein wegen einer dem sittlichen Charakter des Patienten widerstrebenden Befriedigung eines gesteigerten sexuellen Bedürfnisses wie ein roter Faden durch die ganze Zwangsneurose zieht. Aus dem auf die Masturbation zurückgeführten Schuldbewußtsein folgerte der Patient, daß er auf die verschiedenste Art und Weise seine Mitmenschen schädigen könne: Schwängerung unschuldiger Frauen durch verschlepptes Sperma, Herbeiführen von Unglücksfällen durch Grünspan, Glas- und Holzsplitter, von Eisenbahnunglücken durch Verstellen von Weichen usw., päderastische und sodomistische Akte. Am meisten affektbetont war der Gedanke, daß er kleine Kinder „würgen" könne, wenn er sie allein träfe. Bemerkenswert war in diesem Fall die von dem Patienten sicher betonte Tatsache, daß bei ihm fast regelmäßig nur bei sexueller Erregtheit, wenn er seine Libido nicht mehr beherrschen konnte, die Vorstellung eintrat, er wollte, dürfte oder müßte andere Leute, die zufällig in seiner Nähe waren, an Leben oder Gesundheit schädigen, und zwar besonders durch den Versuch, sie zu erwürgen. Mit der Sicherheit des Experimentes trat bei ihm der „Würgegedanke" auf, wenn er zur Befriedigung seines Sexualtriebes zu einer Puella publica ging. Unmittelbar nachher kam ihm der Gedanke, daß er in deren Zimmer oder Haus ein Kind erwürgt oder ein solches nachher in seinem aufgeregten Zustande auf der Straße umgebracht oder durch Stoßen oder auf irgendeine andere Weise an Leben und Gesundheit geschädigt habe. Daß das Sexualleben dieses Patienten auch einen deutlich homosexuellen Einschlag hatte, sei nur nebenbei erwähnt.

2. In einem anderen Falle eines 21jährigen Studenten waren neben typischen Zwangszweifeln (z. B. bei der Toilette auf dem Klosett) mit einem kaum zu beendigenden Wiederholungszwange eines der quälendsten Symptome der Zwangsneurose die „Schädigungsgedanken". Er konnte nicht Seite an Seite mit jemandem gehen, weil er glaubte, er müsse ihm auf die Füße treten. Er ging deshalb auch in großem Bogen auf der Straße um die Menschen herum. Beim Grüßen gab er nur zögernd und höchst vorsichtig die Hand, um niemanden zu verletzen, und machte peinlich langsam die Türen auf, um niemanden zu stoßen. Alle diese Zwangsvorstellungen waren weiblichen Personen gegenüber stärker. Die Erforschung der vita sexualis ergab, daß der Patient seit seinem 10. Jahre masturbierte mit der Vorstellung, daß er oder andere junge Leute auf das Gesäß geschlagen würden. Für das weibliche Geschlecht empfand er nichts. Es ist mir nicht zweifelhaft, daß bei dem jungen Manne der gemischte masochistisch-sadistische Zug der Sexualität die Quelle war, aus der die Schädigungsgedanken gespeist wurden. Ein homosexueller Unterton fehlt im Bilde nicht.

3. Ein 55jähriger, dem Gelehrtenstande angehöriger Patient wird seit seiner Gymnasialzeit von einem Heer von Zwangsvorstellungen geplagt: er könnte den Tod eines anderen Menschen verschuldet haben, sei es durch Unvorsichtigkeit oder durch direkte Gewalt. Auch bei ihm spielen die „gewürgten" Kinder eine große Rolle. Von klein auf zu Gewissensskrupeln geneigt und immer unsicher im Urteil, verfiel er erstmals dem Zwang der Schädigungsgedanken, als er einmal seine Schwester im Streit unsanft gegen die Wand geworfen hatte. Als bald darauf — er ging damals in die Quinta — in der Nachbarschaft seiner Vaterstadt ein Junge verschwand, überfiel ihn der Zwangsgedanke, daß er wohl an seinem Verschwinden und Tode schuld sei. Er hat sich mit seinen Zwangsideen der Schädigung, die sich zeitweise enorm häuften (Landesverrat durch unvorsichtige Äußerungen, Unglückstiften durch allerhand Fahrlässigkeit und bewußtes Verschulden, Kinder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mißhandlungen und -tötungen usw.), durch ein schicksalreiches Leben geschleppt. In den letzten Jahren wohnte er mit Mutter und Schwester zusammen. Seine alte Mutter, die durch ihre Wunderlichkeit und schließliche senile Demenz ihm viel zu schaffen machte, behandelte er zuweilen sehr grob. Als sie nach einem apoplektischen Insult, in dem sie zu Boden fiel und sich an der Stirne verletzte, gestorben war, geriet er fast in Verzweiflung bei dem Gedanken, er habe durch einen Stoß oder Schlag bei einem Wortwechsel seine Mutter zu Boden geworfen und dadurch die Hirnblutung und ihren Tod verursacht. In dieser Zeit seelischer Qual richtete sich seine ganze Verstimmung gegen seine Schwester, die er, obwohl diese schwächlich und herzleidend war, durch tagtägliche Auseinandersetzungen über pekuniäre Fragen undelikatester Art peinigte und aufregte. Sechs Wochen nach der Mutter starb dann auch die Schwester. Seitdem ist Patient ganz zerknirscht in dem Gedanken, auch deren Tod durch sein brutales Verhalten verschuldet zu haben. Patient war sexuell sehr frühreif. Schon in der Vorschule hatte er, längst bevor er eine Ahnung von sexuellen Dingen hatte, merkwürdige sadistische Phantasien: er möchte die kleinen Mädchen, die mit ihm die gleiche Schule besuchten, im Klosett in der Leistenbeuge (er hatte noch keine Vorstellung vom weiblichen Genitale) mit Kot beschmutzen. Es ergriff ihn eigentümlich wollüstig, als man die Opferung Isaaks erzählte. Als er in der Sexta die Opferung Iphigeniens las, passierte ihm dasselbe, und er benützte fortan nun die beiden Vorstellungen, um sich sexuell zu erregen und dabei durch Pressen der Schenkel masturbatorisch zu reizen. Er hat im späteren Leben viel in sexualibus exzediert. Er ist dabei nicht manifester Sadist geworden. Aber er bediente sich sein ganzes Leben lang hindurch sadistischer Phantasien gegen Weiber (Fesselung, Knebelung, demütigende Situationen schlimmster Art), wenn er sich masturbatorisch befriedigte, was neben dem sexuellen Verkehr recht häufig vorkam. Die Verquickung von sadistischem Moment und Neurose ist in diesem Falle sehr deutlich.

4. Ein 32jähriger Regierungsbeamter muß wegen einer drückenden Fülle von Zwangszweifeln, die ihm jede amtliche Tätigkeit unmöglich machen, weil sie sich an das unbedeutendste Schriftstück anhaften, den Abschied nehmen. Unter quälender Zweifelsucht und Grübelsucht litt auch das Privatleben. Er ist menschenscheu, verlegen, mißtrauisch, beinahe paranoid. Die Krankheit begann bei ihm mit dem 14. Lebensjahre ganz unvermittelt: er befürchtete, daß er seinen Vater wegen einer unehrerbietigen Äußerung über den Kaiser denunzieren könnte. Er hatte dabei den Gedanken, er könnte vielleicht nicht nur mündliche Äußerungen tun oder getan, sondern auch auf Zetteln kompromittierende Notizen wegen der Majestätsbeleidigung seines Vaters gemacht haben. Infolgedessen sah er jedes Blatt Papier, das in seine Hand kam, peinlich daraufhin an, und jeder Zettel auf der Straße versetzte ihn in zweifelnde Angst, ob er nicht etwa von ihm stamme und denunzierende Bemerkungen enthalte. Die Befürchtung, er möchte irgendwelche Zettel selbst auf der Straße achtlos verstreut haben, zwang ihn, die Wege zur Schule oder auf Spaziergängen mehrfach zu wiederholen, um nach verlorenen Zetteln zu suchen. Auf sandigen Plätzen überzeugte er sich noch besonders genau, ob er nicht etwa mit dem Stock kompromittierende Äußerungen über den Vater in den Sand geschrieben habe. Jede schriftliche Haus- oder Klassenarbeit verursachte ihm furchtbare Stunden, weil er sich mit dem Gedanken, daß er in den Tenor der Arbeit verräterische Andeutungen gegen den Vater eingeflochten haben könnte, so lange quälte, bis er die Arbeit wieder zurückbekam. Später übertrug sich die Zweifelsucht auf Gas, Wasser, Streichhölzer und schließlich auf die Berufstätigkeit. Es ist interessant, daß der Patient, der bis zum 14. Lebensjahre keine sexuellen Regungen gespürt hatte, damals zuerst einen eigentümlichen Reiz dabei empfand, wenn er auf dem Klosett war, die Fenster weit offen zu lassen, damit ihn eventuell die Leute im Nachbarhause in der demütigenden Situation bei der Verrichtung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seines Bedürfnisses sehen könnten. Er war dabei sexuell noch nicht aufgeklärt. Schon als junger Gymnasiast huldigte er manifesten masochistischen Reizungen. Er schlug sich selbst mit dem Stock oder der Reitpeitsche, ohne zu masturbieren. Die sexuelle Aufklärung erhielt er in seinem ersten Studiensemester. Während seiner Studentenzeit mußte er sich davon überzeugen, daß er eine ausgesprochene Abneigung gegen sexuellen Verkehr mit Frauen empfand. Reizend für ihn war nur, wenn er sich in demütigende Situationen durch Frauen hineindachte. Zu einem regulären Verkehr kam es nie, auch nicht in seiner späteren Ehe, die er aus konventionellen Rücksichten einging. Er ist homosexueller Masochist.

5. Ein 20jähriges junges Mädchen leidet an einem typischen Waschzwang. Sie wäscht sich unzählige Male am Tage die Hände, aber auch das Gesicht und die Gegenstände, mit denen sie in Berührung kommt (Handschuhe, Kleider, tägliche Gebrauchsgegenstände). Die Hände wäscht sie nach einem bestimmten Plan und hält sich dabei genau an eine Zahl. Maßgeblich für den Waschzwang ist die Zwangsvorstellung, es könnte durch irgendwelche direkte oder indirekte Berührung etwas von einem Hunde an ihren Körper gekommen sein. Der Waschzwang ist so stark, daß sie sich hunderte Male hintereinander die Hände wäscht, unter fließendem Wasser, auch wenn es im Winter so kalt ist, daß die Hände der Patientin aufgerissen, dick geschwollen und in den Gelenken entzündet sind. Das Waschen ist zu einer Art von Zeremonie geworden. Eine bestimmte Zahl von Waschungen, dann ist dem Waschzwang Genüge getan, und dann reizt sie das Waschen nicht mehr. Aus dem Waschzwang entwickelte sich der Rekapitulationszwang. Zur eigenen Beruhigung zählte die Patientin in Gedanken und später auch leise auf, wie oft sie sich gewaschen hatte. Daraus erwuchs ein Rekapitulationszwang für alle Handlungen des Tages. Patientin mußte an bestimmten Tagen aufzählen, was sie getan, gedacht, gegessen, getrunken und wann sie sich gewaschen hatte. Kam ihr dabei etwas „Unangenehmes" in den Sinn oder kam sie sonst „aus dem Text", so mußte sie wieder von vorne anfangen. Dann geriet sie allmählich in eine wachsende Erregung, bekam starkes Herzklopfen, atmete keuchend und hastete die Rekapitulation so schnell herunter, bis sie keine Luft mehr bekam. Dann hörte sie auf. Der Zwang der Aufzählung stellte eine Art Sicherung dar gegen die Möglichkeit, zu irgendeiner Tageszeit mit einem Hunde in Berührung gekommen zu sein. Während der Rekapitulation drängen sich der Patientin Gedanken auf, die sie im Zeremoniell stören. Meist ist es: „Hund", „Kette", „Peitsche" und vor allem „Maulkorb". Besonders das letztere ist ihr der Inbegriff alles Schrecklichen und Ekelhaften. Sie macht dann verzweifelte Anstrengungen, um das Wort „loszuwerden". Sie verrenkt und verdreht den Körper, turnt mit Armen und Beinen, schlägt und pufft sich mit der geballten Faust oder schlägt sich — das ist das Merkwürdigste — mit der flachen Hand laut knallend auf die Stiefelsohlen. Diese Selbsttortur dauert oft stundenlang, bis die Patientin erschöpft aufhören muß. Patientin war ein pedantisch-skrupulöses Kind mit übergroßer Gewissenhaftigkeit. Scheu nach außen, der Verzug der Mutter, ängstlich um die eigene Gesundheit besorgt und merkwürdig hypochondrisch schon als kleines Mädchen. Dabei liebte sie in der Phantasie alles „Blutrünstige" und suchte mit Vorliebe Schauergeschichten in der Zeitung auf, die ihr ein wohliges Gefühl erweckten. Sie erinnert sich besonders einer Phantasie aus ihren Kinderjahren, die sie mächtig erregte: Sie stellte sich vor, daß sie Kinderfräulein in einer Familie war. Die Mutter dieser Familie war krank, komisch verunstaltet, ebenso eine Tochter. Sie hatten irgendwelche Geschwülste. Deshalb mußten sie operiert werden. Patientin malte sich aus, wie die beiden dabei gequält wurden, wie sie nach der Operation „Geradehalter aus Eisen" tragen mußten. Seit dem 13. Jahre Masturbation. Dabei benützte sie zur Erhöhung der Libido allerhand Schmerzphantasien: z. B. stellte sie sich vor, daß sie beim Arzt gewesen sei, der ihr furchtbar weh tat. Jede Vorstellung des erlittenen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmerzes erweckte gesteigerte Libido. Das gilt bis auf den heutigen Tag. Auch wenn man es für Zufall hält, daß bei der Patientin „Peitsche, Kette, Maulkorb" eine große Rolle spielen (wer denkt dabei aber nicht an die Rüstkammer des Masochisten?), den aufdringlich masochistischen Zug ihrer Zwangsneurose kann niemand übersehen.

6. Ein jetzt 30jähriger Patient leidet an periodisch auftretenden oder mindestens sich verstärkenden Zwangsvorstellungen, deren Inhalt die mit Angst verknüpfte Erwartung eines Unheils für die eigene Person bildet, das ihm von anderen Personen zugefügt werden könnte. Als er ein 16jähriger Gymnasiast war, kam ihm abends bei der Schularbeit ganz plötzlich der Gedanke, daß ihn ein Klassenkamerad ermorden könnte. Später dehnte sich der Gedanke des Ermordetwerdens auch auf andere Menschen aus: er wurde deshalb menschenscheu. Auch daß man ihn in der Pension, in der er wohnte, mit dem Essen vergiften könnte, glaubte er eine Zeitlang. Er war sich des Krankhaften des Gedankens wohl bewußt, die Angst hielt den Gedanken aber immer wach. Kurz nach einem Streite mit einem jüdischen Mitschüler hatte er Zwangsskrupel, daß er diesen Menschen beleidigt, daß er etwas „Furchtbares" begangen habe und daß sich der Jude wohl an ihm rächen werde. Unklare Vorstellungen von einem Ritualmord, den man an ihm begehen wolle, plagten ihn. Während eines Aufenthalts in Afrika verblaßte der Gedanke, um bei seiner Rückkehr nach Deutschland sofort wieder hervorzubrechen. Die „Judenangst" blieb. Ohne sich Rechenschaft geben zu können, warum, plagt ihn die Angst vor den Juden, z. B. auf Spaziergängen, wo er Juden treffen könnte, oder wenn er sich über Juden unterhält oder jüdische Firmenschilder liest; der Gedanke, daß ihm von dieser Seite Gefahr für das Leben drohe, läßt ihn nicht los. — Patient ist von frühester Jugend auf masochistisch stigmatisiert. Er erinnert sich typischer Kindheitsträume masochistischer Färbung. Schon als ganz kleiner Junge träumte er, er sei zu seiner Köchin in die Küche gekommen und habe verlangt, sie solle ihm mit dem großen Küchenmesser den Kopf abschneiden. Dabei hatte er ein „äußerst ängstliches, aber zugleich angenehm-wollüstiges Gefühl". Dieser Traum wiederholte sich öfter. Ein andermal träumte ihm, daß er im Galopp auf einem Pferde ritt. Es war ein aufregender Ritt. Plötzlich verwandelte sich der Rücken des Pferdes in eine Messerschneide, große Angst stellte sich ein, aber zu gleicher Zeit ein äußerst schmerzhaftes Wollustgefühl. Endlich eine Phantasie, die für den Patienten von großer Bedeutung war! Er lag zu Bett und stellte sich vor, wie schön es sein müßte, wenn ihm jemand mit einem Degen vom After aus durch den ganzen Körper stoße. Diese Phantasie kam ihm später öfter als Traum. In die Wirklichkeit setzte er sie um, indem er aufmerksam gemacht durch sexuelle Empfindungen, die er bei einem Klystier hatte, später gewohnheitsmäßig, um sich zu erregen, einen Bleistift in den Anus führte. Dabei hatte er die erste Pollution in seinem Leben. Auch heute sind die „Bleistiftphantasien" für den Patienten von enormem sexuellen Reiz. Im Laufe der Sexualentwicklung ist er ausgesprochen homosexuell geworden. Das andere Geschlecht reizt ihn nur in dem Gedanken, daß ihn einmal ein Weib zu Tode quälen könnte.

Aus diesen Beispielen dürfte zur Genüge hervorgehen, was ich mit der Charakterisierung gewisser Fälle von Zwangsvorstellungsneurose als sadistisch-masochistische Äquivalente meine. Ähnliche Fälle haben wohl auch Kohnstamm vorgeschwebt[1]), als er von einem masochistisch-masturbatorischen Äquivalent sprach. Schon früher habe ich[2]) auf

[1]) Kohnstamm, Schizothymie und Cyclothymie, Berliner klin. Wochenschr. 1914, Nr. 40.

[2]) Strohmayer, Über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst- und Zwangsvorstellungen, Journ. f. Psychol. u. Neurol. **12**. 1908.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grund meiner eigenen Erfahrung Freud recht gegeben in der Annahme, daß perverse Partialtriebe bei gewissen Individuen eine ausgesprochene symptombildende Kraft hinsichtlich der Angsthysterie und der Zwangsvorstellungsneurose — oder der Kombination beider — besitzen. An dieser Tatsache zweifle ich auch heute trotz erweiterter Erfahrung nicht. Zu erörtern ist nur der Weg, der von der perversen sexuellen Konstitution eines Individuums zur Neurose führt. Ich halte diese Erörterung nicht für überflüssig, weil ich auch heute noch nicht glauben kann, daß das merkwürdig häufige Zusammentreffen — sofern einer überhaupt danach forscht — beider Erscheinungsreihen Zufall ist. Die Annahme ferner, beides — neurotisches Symptom und perverse sexuelle Konstitution — seien koordinierte, aber nicht kausal voneinander abhängige Zeichen einer sog. degenerativen Veranlagung, will mich nicht befriedigen, weil eben gerade bestimmte Fälle von Zwangsneurose in ihrem Gefüge den Stempel der sexuellen Perversität auf der Stirne tragen.

Freud[1]) hat seinerzeit die Tatsache, daß sich neurotische Symptome zum Teil auf Kosten abnormer Sexualität bilden, in die geistreiche Formel gegossen: Die Neurose ist sozusagen das Negativ der Perversion. Das setzt den Glauben voraus, daß Perversionen unter bestimmten Bedingungen dem Mechanismus der „Verdrängung" anheimfallen können und durch ihren Affektbetrag vom Unbewußten her, in dem sie sich behaupten, die Krankheitssymptome unterhalten. Solche Fälle mag es wohl geben. In vielen anderen aber liegt kein Unbewußtwerden oder Verdrängung sexueller Strebungen vor, sondern Perversion und Neurose gehen bewußt nebeneinander her. Beide Erscheinungen lösen sich nicht ab oder ersetzen sich. Die perverse Psychosexualität bleibt aber die dauernde Quelle, die die Neurose speist, sowohl in ihrer Angstgrundlage, als in ihrem Zwangsvorstellungsaufbau. Die Neurose folgt in ihrem Symptomtypus der Perversion.

Mit dieser Feststellung ist darüber nichts ausgesagt, was bei der Zwangsvorstellung zwingend oder fixierend wirkt. Die Antwort auf diese Frage ist dunkel trotz aller bisherigen psychologischen Erklärungsversuche, ebenso wie die Entstehung der unkorrigierbaren Urteilsfälschung, die man Wahnidee nennt, bei der echten Paranoia. Beide haben viel Verwandtes. Beide ruhen auf der Grundlage einer psychasthenischen Veranlagung. Nur daß bei dem werdenden Paranoiker die affektbetonte Eigenbeziehung überwiegt, während bei allen Patienten, die ich heute im Auge habe, von Jugend auf die Wegweiser zur Zwangsneurose in Gestalt der Pedanterie, Skrupulosität und des Gewissenszwanges sichtbar werden.

[1]) Freud, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 2. Aufl., Leipzig und Wien, 1910.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In therapeutischer Beziehung und auch wegen der Vorhersage ist aber meine Feststellung nicht ohne Wert. Sie befreit uns von dem Irrtum, daß es einer Psychoanalyse gelänge, diese Zwangsneurotiker zu heilen. Handelt es sich doch, soweit die Sexualität in Frage kommt, um keine Verdrängungssymptome, die unbewußt geworden, wieder bewußt gemacht werden müssen, damit der pathogene Affekt entbunden und auf die adäquate Besetzungsstelle zurückverlegt werden könne. Die Aufdeckung der Zusammenhänge zwischen Sexualität und Neurose bleibt für die Patienten ohne den mindesten befreienden Effekt. Die Erörterung darüber, daß eine Wurzel ihrer Krankheit in ihrer psychosexuellen Konstitution liege, nützt ihnen ebensowenig, wie der Appell an die Logik wegen des Widersinnigen und manchmal geradezu Unmöglichen ihrer zwangsmäßigen Denkinhalte. Diese Meinung, die ich schon früher[1]) bei aller Anerkennung des heuristischen Wertes der Freudschen Ideen aussprach, hat sich in mir von Jahr zu Jahr befestigt. Eine wirkliche Heilung sah ich in diesen Fällen nie, höchstens ein Auf- und Abschwanken in der Krankheitsintensität. Der Grund scheint mir in folgendem zu liegen:

Der Zusammenhang von Sexualität und Neurose ist weniger psychisch als organisch. Alle Sexualität ist in uns zuerst organisch und erst sekundär psychisch fundiert; so gut wir eine anatomische Grundlage für „männlich" und „weiblich" haben, ebenso wird jede Ausdrucksform der Sexualität, gleichviel, welche Art und welches Objekt sie sich zur Auslebung wählt, irgendwie organisch verankert sein. Seitdem wir aber die Rolle der innersekretorischen Drüsen hinsichtlich unserer Geschlechtsentwicklung — ich erinnere nur an das markante Gegenspiel der Epi- und Hypophyse — kennengelernt haben, hat für mich die Annahme, es handle sich bei den Perversionen um eine Art von Mischungsfehler innersekretorischer, die Sexualität garantierender Produkte, gar nichts Befremdliches. Jede Sexualanlage muß ein polymorpher Komplex sein, der neben den normalen Triebrichtungen auch die perversen in sich begreift. Denn — darin hat Freud sicher recht — bereits „am normalsten Sexualvorgang sind jene Ansätze kenntlich, deren Ausbildung zu den Abirrungen führt, die man als Perversionen beschrieben hat". Von der stürmischen Besitzergreifung zum Sadismus sind die Übergänge ebenso gleitend, wie von der liebenden Hingabe zum Masochismus. Die sexuelle Harmonie, die wir im normalen heterosexuellen Triebe sehen, nicht ohne einen Tropfen sadistisch-masochistischer Beigabe, wird durch das Überwuchern dieser Fermente gestört, und anstatt zu einem normalen heterosexuellen Triebleben kommt es zum irreparablen per-

[1]) Strohmayer, Zur Analyse und Prognose psychoneurotischer Symptome. Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psychol. 2. 1910.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

versen Torso. Dieser drückt aber der psychischen Persönlichkeit den Stempel auf. Die sexuelle innersekretorische Dyskrasie führt zur psychischen Disharmonie. Der psychische Zwang, den wir in der Jugend vorgebildet und vorbereitet sehen in der Skrupulosität, der Pedanterie und der Gewissensangst, ist masochistischer Abkunft, und es bleibt dem Zufall oder gewissen Erlebnissen überlassen, ob die Entwicklung der späteren Zwangsneurose überwiegend auf dieser masochistischen Bahn weitergeht oder sich mehr dem Einfluß ihrer stets mit anwesenden Gegenkomponente unterordnet.

Ich bin mir des Hypothetischen meiner Ausführungen wohl bewußt. Aber jeder andere kann ja einmal die Probe aufs Exempel machen. Als widerlegt sehe ich mich erst dann an, wenn mir einer glaubhaft nachweist, daß er bei irgendeiner anderen psychischen Krankheitsform ebenso häufig die Verquickung von Perversion mit Krankheitssymptom gefunden hat, wie bei der von mir betrachteten Gruppe echter Zwangsneurotiker.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

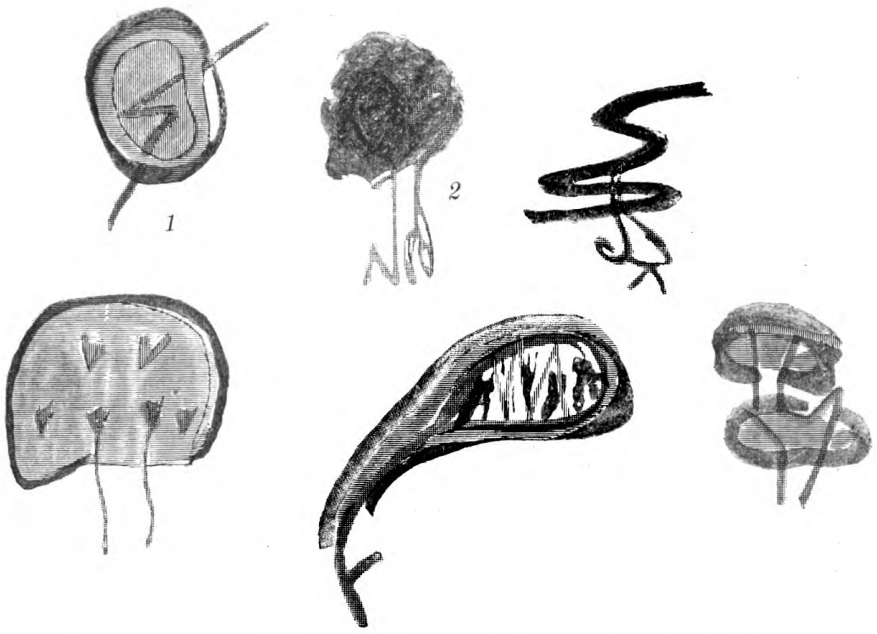


Abb. 1. $^2/_3$ nat. Gr.

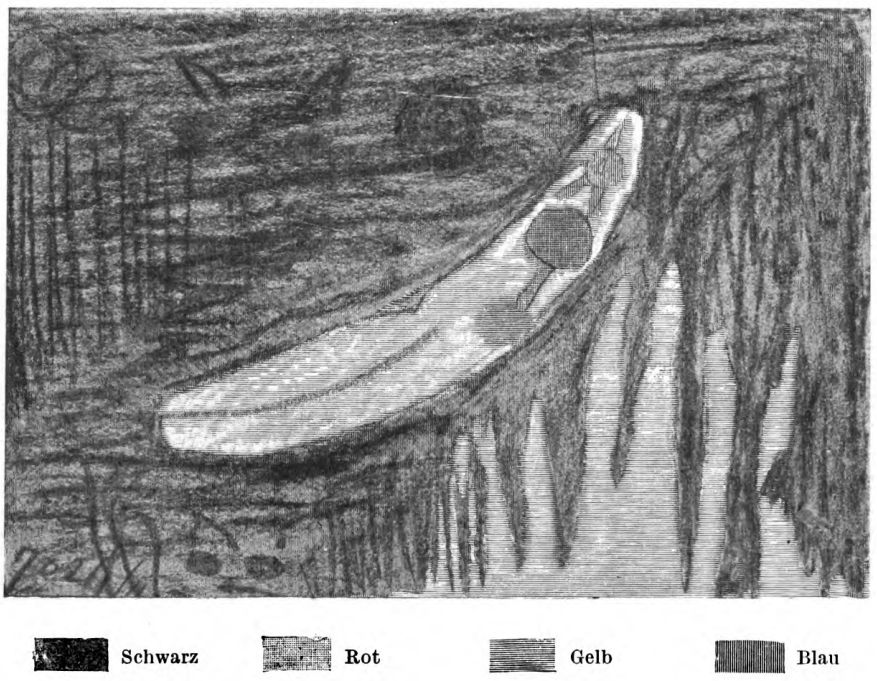


Abb. 2. $^2/_3$ nat. Gr.

Verlag von Julius Springer in Berlin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA

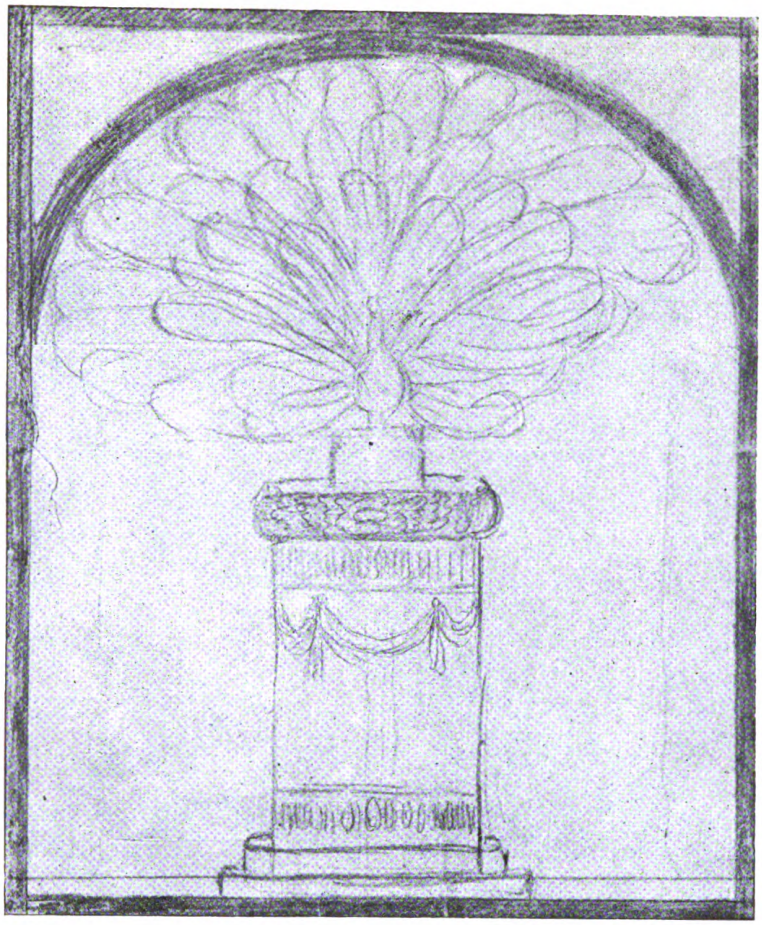


Abb. 3. $^1/_2$ nat. Gr.

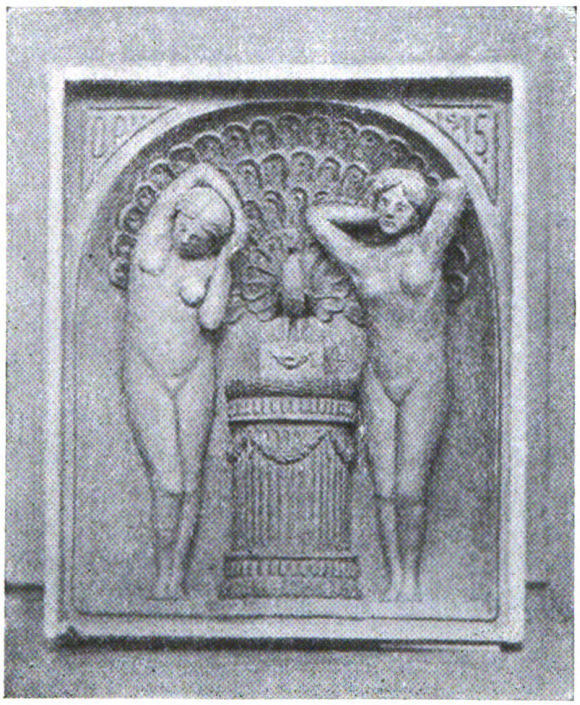


Abb. 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA

Abb. 5. (2/3 nat. Gr.)

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA

Die Kriegsneurasthenie.

Von
Willy Hellpach.

(Eingegangen am 29. September 1918.)

1.

Wenn es überhaupt möglich gewesen wäre, uns in den Tagen der Mobilmachung eine Vorstellung von der Dauer des Krieges zu bilden, so hätten wir auf diesem Grunde auch eine Überlegung von den „nervösen" Störungen, die zu gewärtigen waren, anstellen können mit der Aussicht, sie durch die Wirklichkeit bestätigt zu sehen. Es mußte erwartet werden, daß im gewaltigen Erlebnis der ersten Kriegswochen eine Anzahl von ausbruchsreif angelegten Seelenstörungen zur plötzlichen Entfaltung kommen und daß überdies seelische Abnormisierungen von hysterischer Tönung an der Tagesordnung sein würden. Je länger aber das Ringen währte, desto sicherer mußten diese grellfarbigen Erkrankungen zurücktreten hinter einförmigeren, desto stärker mußte die Neurasthenie, die „chronische nervöse Erschöpfung", diese schleichende Abnutzungs- und Zermürbungskrankheit der Seele, das Gesamtbild der psychischen Morbidität unseres Heeres (und Volkes) beherrschen.

Zu solchem Schluß hätten zwei gesicherte Erfahrungen berechtigt, als Erfahrungen vorhanden für jeden, der sein psychopathologisches Auge nicht bloß an individualpathologischen Erscheinungen, sondern auch an völkerpathologischen geschult hatte. Zeitalter einer großen, die starken und wilden Leidenschaften aufwühlenden seelischen Erregbarkeit, deren Erlebnismöglichkeiten zu einer wenig gebändigten Einbildungskraft sprachen, haben immer großartige Manifestationen der Hysterie in allen Abschattierungen, hysterische Alterationen als „Massenneurose" gezeitigt. Am vertrautesten ist uns in dieser Hinsicht der Ausgang des deutschen Mittelalters. Im Gegensatz zu ihnen hat eine Zeit wie die Mitte des 19. Jahrhunderts, mit minuziöser Leistungsteilung und -disziplinierung, mit aufreibendem Kleinkampf des wirtschaftlichen Daseins, mit tausendfältiger Inanspruchnahme der orientierenden Sinne auf Schritt und Tritt, mit ewiger Aufmerksamkeit und intellektueller Verantwortung, aber unter gleichzeitiger Vereinsamung und Verödung des „großen" Gefühlslebens und der Phantasie, mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihrer zunehmenden Beseitigung des Katastrophalen und seinem Ersatz durchs Aufreibende — als ihre Massenneurose die „Neurasthenie", die reizbare Schwäche des Seelen- und Nervenlebens hervorgebracht. Die „Neurasthenisierung" ergriff selbst die an sich hysterieartigen Veränderungen (es bleibe dahingestellt, ob auch die zunehmende Verdrängung der agitierten und expansiven Erscheinungsformen einer organischen Krankheit wie der Paralyse durch hypochondrische und torpid-demente aus solchen Kulturwandlungen hergeleitet, wenigstens mit hergeleitet werden darf); die Hysterie ward einförmiger, langweiliger, unproduktiver, sagen wir einmal: kleinlicher; ihre traumatische Gattung bot besonders lehrreiche Belege dafür; ja, an der Unfallshysterie ließ sich geradezu (im Längsschnitt) studieren (und dies eben ist die zweite jener Erfahrungen, auf die wir vorhin abhoben), wie das katastrophale seelische Erlebnis des Unfallshocks — ob Schreckerlebnis, Angsterlebnis, Schmerzerlebnis, oder was sonst es gewesen sein mochte — anfänglich hysterieartige Wirkungen erzeugte, die dann, wofern nicht ihre rasche Beseitigung glückte, im Laufe der Monate und Jahre, und insbesondere im Zuge des einförmigen Rentenkampfes, mehr und mehr von ihrer produktiven Farbigkeit einbüßten, um auf ein monotones Bild von schwer faßbarer Insuffizienz des Psychischen und Psychophysischen zusammenzuschrumpfen: den Unfallneurotiker, dessen Aphonie, dessen Schüttelzittern, dessen monoplegische Parese, dessen Hemianästhesie oder Hemihyperhidrosis abgeheilt sind, der aber auch nach Jahr und Tag vor Kopfdruck, Schwindel, Schwäche, Herzklopfen, Zittrigkeit usw. noch nichts arbeiten kann, brauche ich ja den Fachgenossen nicht ausführlicher in Erinnerung zu rufen. Aus den historischen und aus den traumatischen Neurosen also ließ sich mit einiger Sicherheit ablesen, wie sich im Längsschnitt die Entwicklung der Kriegsneurosen gestalten würde.

Nunmehr, nach vier Kriegsjahren, die nicht bloß eine im August 1914 unfaßbare Kriegsdauer, sondern auch eine nicht minder unfaßbare Heftigkeit der Kampfanforderungen an die menschliche Seele und ihre nervösen Instrumente gebracht haben, bestätigt sich vollauf die theoretische Deduktion. Die Kriegsneurosen sind den notwendigen Weg vom hysterischen zum neurasthenischen Typus tatsächlich gegangen[1]). Der Krieg ist in Jahr und Tag etwas wie Alltagswirklichkeit, wie graue Gewohnheit geworden, nachdem er als größtes, unerhörtestes

[1]) Die schlüssigen statistischen Beweise hierfür können begreiflicherweise erst nach dem Kriege erbracht werden. Aber Eindrücke und örtliche Belege stimmen in diesem Ergebnis schon heute vollkommen überein. Aus diesen Belegen gebe ich als Probe hier nur den einen von J. Stern (Die hysterischen Bewegungsstörungen als Massenerscheinung im Kriege, diese Zeitschr. **39**, Heft 3/4) wieder. S. 248 schreibt der Verfasser (1917!): „Die Mehrzahl unserer Fälle stammt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erlebnis begonnen. In diesem Erlebnis ward, wie immer, Hysterie geboren, die Königin der Neurosen und zugleich ihre Sphinx; mit der Gewöhnung trottet die Neurasthenie, die unscheinbare Spießbürgerin, die keine Rätsel aufgibt und dem Fragenden rechtschaffen Rede und Antwort steht.

2.

Die Opfer der Kriegsneurasthenie stellt das ganze kriegführende Volk. In dieser Ausbreitung unterscheidet sich die Neurasthenie wesentlich von den hysterischen Neurosen, deren Entfaltung so unmittelbar mit Erlebnissen des Felddienstes, ja des Frontdienstes, des leibhaftigen Kampfes zusammenhängt, daß man die Kriegshysterie geradezu als Fronthysterie der Kriegsneurasthenie gegenüberstellen könnte. Der weiteste Abstand kriegshysterischer Erkrankung vom Frontleben besteht dort, wo einer auf die bloße Möglichkeit, an die Front zu kommen, hysterisch „vorreagiert". Wo nicht mindestens Frontscheu vorhanden ist, dort gibt es keine Kriegshysterie; wir wissen heute aus hundertfältiger Erfahrung, daß auch kriegshysterische Rezidive (nach völliger Heilung des Erstanfalls) in der Hauptsache durch neu einsetzende Frontangst erzeugt werden. Die Kriegsneurasthenie aber kann jeden befallen, ob er im Schützengraben oder im Vormarsch, in der Reservestellung, der Etappe oder gar daheim sich befindet. Sie mag in manchen, vielleicht in vielen Fällen mit dem Vorgefühl des „Hinauskommens", des „Weiter-nach-vorn" kausal verkettet sein — aber sie kann sich auch ohne jeden Zusammenhang damit einstellen; ihr Zusammenhang mit dem Kriege erstreckt sich auf die Totalität der Kriegstatsache, womit schon ausgesprochen wird, daß nicht etwa jede während des Krieges auftretende Neurasthenie als Kriegsneurasthenie bewertet werden darf, sondern nur die durch den Krieg entstandene; die aber ist an und für sich an keine Einzelform des Kriegserlebnisses gebunden,

---

aus dem Jahre 1914 und 1915", und er gibt dann folgende lehrreiche Erkrankungszeitliste:

	1914	32 Fälle
1. Hälfte	1915	80 „
2. „	1915	78 „
1. „	1916	41 „

Diese Auffassung gibt besonders zu denken, wenn man sich erinnert, wie heftige Kämpfe in der 1. Hälfte 1916 sich abgespielt haben (Verdunoffensive!), wie gewaltig damals die Hysterisierungskraft der Kriegsereignisse hätte sein können; trotzdem Hysterienrückgang gegenüber 1915 um fast 100%! Meine eigenen Beobachtungen decken sich damit vollständig und ebenso diejenigen aller kompetenten Beurteiler, die ich befragen konnte. Im Offizierlazarett, in dem ich seit Mitte 1916 tätig war, hatten wir meiner Erinnerung nach einen erst nach 1916 frisch entstandenen Fall hysterischer Symptombildung überhaupt nicht zu verzeichnen; mindestens die Hälfte unserer Hysterischen stammte aus 1914 und 1915. (Es handelt sich dabei um Material aus allen Teilen des Reiches!)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihre Ausbreitung reicht vom aktiven Kämpfer bis zurück zu Leuten, die den Krieg nur „über sich ergehen lassen". Sie findet sich darum auch beim Weibe, bei dem die Kriegshysterie (notwendig, aber auch tatsächlich) fehlt: welche Verschiebung gegenüber den normalen Zeiten, in denen zwei Drittel aller Hysterien aufs Weib, und aufs Weib wohl kaum ein Viertel (wo nicht noch weniger) aller Neurasthenie entfällt! Es hat noch nie verhältnismäßig so viele hysterischen Männer und verhältnismäßig so viele neurasthenischen Frauen gegeben wie jetzt im Kriege. (Absolut gezählt, dürfte trotz des jeseitigen kriegsneurotischen Zuwachses am Gegenteiligen freilich auch jetzt noch die Ziffer hysterischer Weibspersonen diejenige hysterischer Mannspersonen, und die Ziffer neurasthenischer Mannspersonen diejenige neurasthenischer Weibspersonen übersteigen.)

Neben diesem „horizontalen" Verteilungsunterschied zeigen die Kriegsneurasthenie und Kriegshysterie noch einen „vertikalen". Je höher wir sozial aufsteigen, desto einseitiger herrscht die Neurasthenie vor; je tiefer hinab, desto häufiger begegnet uns Hysterie. Das stimmt mit den aus dem Frieden geläufigen Verhältnissen überein, doch ist eines zu beachten: die kriegssoziale Schichtung deckt sich nicht mit der friedenssozialen. Im Kriege stehen verhältnismäßig „kleine" Leute oft verhältnismäßig hoch — Lehrer, Subalternbeamte, Kontorangestellte als Offiziere bis zum Hauptmann, ja gelegentlich Major hinauf! — und umgekehrt noch entschiedener: Großkaufleute, akademisch Gebildete, Hochschullehrer u. dgl. als einfache Soldaten. Diese Umschichtung durchkreuzt die Normalschichtung, auch in Ansehung der Einwirkungen auf die neurotische Erkrankungsdisposition. Der kleine Mann in führender Stellung reagiert weniger leicht hysterieartig, eher nun auch neurasthenisch, und der Hochstehende, den die Einziehung zum Kriegsdienst tief hinunterdrückt, verfällt damit gleichsam der hysteroiden „Atmosphäre" der Tiefenschicht, erkrankt nun leichter hysterieartig als vorher. So muß man sagen: je höher die Schicht des kriegführenden Volkes, desto ausschließlicher herrscht als Kriegsneurose Neurasthenie, je tiefer, desto mehr mischt sich (die vorhin erörterte Horizontallokalisation berücksichtigt) Hysterie hinzu[1]).

---

[1]) Folgende Statistik erfaßt je 300 Fälle von Nervenkranken, die während je einer besonders günstigen Zeiteinheit (günstig für ruhiges Beobachten, Durchbehandeln usw. der Fälle) von mir beobachtet und behandelt wurden. Diese verteilen sich diagnostisch:

300 Mannschaften,	davon 137	Neurastheniker,	87 Hysterische
300 Offiziere,	„ 159	„	22 „

(Die übrigen Fälle sind organisch Nervenkranke, Neuralgiker, Ischiadiker, konstitutionelle Psychopathen verschiedener Färbung, Epileptiker u. dgl.) Das bedeutet etwa: die Hälfte aller Kriegsnervenkranken entfällt auf die Neurasthenie,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über noch andere Verteilungen — nach Volksstamm, Lebensalter, Beruf u. dgl. — ist nichts bekannt, was über höchst unsichere subjektive „Eindrücke" hinausginge. Mit solchen möchten wir nicht argumentieren. Das schon erörterte zeitliche Verteilungsverhältnis mag nochmals formuliert sein: anfangs gab es viel Kriegshysterie, je länger der Krieg währt, desto mehr erscheint sie durch die Kriegsneurasthenie zurückgedrängt, und zwar gibt es jetzt nicht bloß relativ viel mehr Kriegsneurastheniker in der Relation der neurasthenisch Erkrankenden zur Gesamtbevölkerung, es gibt auch relativ weniger Kriegshysteriker in der Relation der hysterisch Erkrankenden zu den Kämpfenden. Die hysterische Reaktion ist seltener, die neurasthenische häufiger geworden. (Absolute Ziffernbelege würden heute untunlich sein, auch wenn sie nicht unmöglich wären.)

3.

Die Kriegsneurasthenie könnte nicht so heißen, wäre sie nicht im großen ganzen ihres Krankheitsbildes eben „Neurasthenie". Sie bedürfte danach symptomatologisch gar keiner besonderen Darstellung, wenn nicht die Neurasthenie ganz allgemein bei aller Vielfältigkeit der Erscheinungen eine Anzahl ziemlich abgegrenzter Typen zeigte, die vor der einheitlichen Zusammenfassung der Gesamtkrankheit zu sehr und seither vielleicht manchmal etwas zu wenig unterschieden wurden. In jedem dieser Typen herrschen bestimmte Symptomgruppen in bezeichnender Weise. Wir kennen die Hypochondrie; wir sehen in der juvenilen Neurasthenie, die namentlich als psychoneurotische Übergangskrise vom Jünglings- zum Mannesalter häufig ist, die „Vagusneurose", d. h. die Verbindung von nervösen Herz- und Magenstörungen, eine auffällig große Rolle spielen; in der weiblichen Neurasthenie begegnen wir besonders oft den algetischen und den Angsterscheinungen; in der kritischen Neurasthenie des ausgehenden Mannesalters (zwischen 40 und 50) feiert die Schlaflosigkeit ihre Orgien. Sozial gesehen häuft sich die Hypochondrie und die Sexualneurasthenie zu besonderer

---

und zwar bei Mannschaften und Offizieren ziemlich gleichmäßig, etwas mehr bei den Offizieren, etwas weniger bei den Mannschaften. Dagegen gestalten sich vom Rest der Nervenkrankheiten bei den Mannschaften 29%, bei den Offizieren nur 7% zu Hysterien aus! Die ungeheure Differenz bleibt bei den Offizieren in unbestimmten psychopathischen Zuständen ohne manifeste Hysterisierung stecken, die jedenfalls in ihrem Habitus der Neurasthenie näher stehen als der Hysterie. Das Verhältnis von neurasthenischer zu hysterischer Felderkrankung stellt sich also für die Mannschaften auf abgerundet 2 : 1, für die Offiziere aber auf 8 : 1! — Diese Ziffernverhältnisse gewähren einen tiefen Einblick in die Sozialpathologie der Psychoneurosen, den allerdings wiederum erst die planmäßige Verarbeitung des gesamten Materials nach dem Kriege zu einer allseitig gesicherten Einsicht wird ausgestalten können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dichtigkeit in den Kreisen einer gewissen Halbbildung, in denen auch die populärmedizinische Autodidaxis die größte Rolle spielt (bei Subalternbeamten, Volksschullehrern, gehobenen Bureauangestellten u. dgl.). Daß der Beruf (im Sinne des von Edinger zu einer Aufbrauchstheorie übertriebenen Prinzips) je nach einseitiger Inanspruchnahme dieser oder jener Funktionen des Organismus ebenfalls das neurasthenische Bild modelliert, ist gewiß; die „vasomotorische Neurose" befällt meist einen bestimmten Anlagetyp usw. usw. Es fragt sich, zeichnet auch die Kriegsneurasthenie sich in einem faßlichen Sonderbilde als ein Neurasthenietyp auf dem Grunde der allgemeinen Neurastheniesymptomatik ab?

Ja. Sie tut es ganz besonders in der Form der Feldneurasthenie, die denn auch im Mittelpunkt unserer Schilderung stehen soll; sie tut es immerhin doch auch als Heimatneurasthenie, deren Struktur uns nach der Erledigung der wesentlicheren Aufgaben desto leichter erfaßbar sein wird.

4.

Die *Feldneurasthenie* bietet bei aller Vielgestaltigkeit, die ihr je nach Individualität, Alter, Stellung, Erlebnis eignet, doch eine Reihe von **Symptomen** in so häufiger Wiederkehr, oft so charakteristisch zusammen gruppiert, daß sie als „klassisch" für diese Erkrankung bezeichnet werden dürfen.

1. Das *Gedächtnis* hat empfindlich gelitten. Schwerer noch als die häufige Störung der Merkfähigkeit, die man Vergeßlichkeit (z. B. Aufträgen gegenüber) heißt, macht sich dem Leidenden selber die Beeinträchtigung des früheren Erinnerungsschatzes fühlbar, die bis zu (ihn) erschreckenden Graden gedeihen kann. In einer Unterhaltung über den Friedensberuf, bei einer Urlaubsrückkehr nach Hause merkt der Feldzugsteilnehmer, daß ihm ganz elementare Wissensbestandteile abhanden gekommen sind. Der Lehrer hat die Namen von Schülern vergessen, die er jahrelang von Klasse zu Klasse geführt; der Arzt einfachste Rezeptformeln, die er in seiner Friedenspraxis „im Schlafe" niederschrieb; der Richter die geläufigsten Bestimmungen der Prozeßordnung; dem Gebildeten überhaupt sind bekannte Schriftsteller-, Maler-, Musiker-, Politikernamen entfallen; Titel von Büchern, die zum beruflichen Handwerkzeug gehörten, Namen entfernterer Verwandten scheinen wie weggewischt zu sein. Ein Offizier konnte im vierten Kriegsmonat tagelang nicht auf den Namen eines Vereinskassierers kommen, an den er seit sieben Jahren quartaliter einen bestimmten Betrag durch Postanweisung einschickte und der ihm bis zum Kriege völlig automatisch geläufig war; ein Beamtenstellvertreter brachte die fünf Bahnstationen, die er im Frieden seit vielen Jahren täglich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweimal durchfuhr, um vom Wohnort zum Berufsort zu gelangen, plötzlich nicht mehr zusammen, die mittlere trat erst nach vielen Stunden Kopfzerbrechens wieder in seine Erinnerung. Zu dem Gefühl der draußen stehenden Studenten, ihre bisherige Studienzeit nutzlos verloren zu haben, trägt diese Gedächtnisstörung ganz beträchtlich bei; Juristen zwischen dem Referendars- und Assessorsexamen haben mir ganz verzweifelt darüber geklagt, daß ja „alles hin" sei und sie „von vorn anfangen" müßten. Ein klinischer Mediziner (Feldunterarzt) meinte: in zwei Semestern, die er nach dem Physikum verbummelte, habe er nicht ein Drittel von dem Wissensbestand verloren, wie in einem Kriegsvierteljahr, trotz hier angestrengter beruflicher Arbeit; ein bedeutender Kliniker, der nach mehr als zweijähriger Tätigkeit im Kriegslazarett in die Heimat zurückkehrte und seine Vorlesungen wieder aufnahm, war aufs heftigste beunruhigt, da ihn die Elemente seines Wissens wiederholt im Stich ließen. Die Klagen über diese Störung sind oft so beweglich, die Erschrockenheit darüber so groß, daß ich wiederholt Anlaß nahm, sofort die Wassermannsche Reaktion vornehmen zu lassen, um wegen der Paralysebefürchtung zunächst einmal Beruhigung zu schaffen.

2. Im Bereiche des „Intellektsgefühls" haben die *Interessen* eine merkwürdige Veränderung erfahren. Sie erscheinen für die „bürgerlichen" Dinge, selbst die nächstliegenden, wie verödet. Ganz besonders pflegt dies auch bei der persönlichen Wiederberührung mit diesen Interessen hervorzutreten. Fiel schon vorher im Briefwechsel den Angehörigen manchmal der Mangel an Teilnahme für die heimischen Dinge auf, so kommt er bei einem Urlaub dem heimkehrenden Krieger selber zu verwundertem Bewußtsein. Was ihn bis zur Mobilmachung als täglicher Lebensinhalt bewegte, ist ihm nun fast gleichgültig. Ja, er geht ihm mit einer Art Geflissentlichkeit aus dem Wege. Ein Arzt mußte wiederholt gedrängt werden, seine ihm eng ans Herz gewachsene Abteilung des heimischen Krankenhauses aufzusuchen; die ihn führende Oberin fand ihn dabei „wie geistesabwesend". Ein Landwirt war erst am letzten Urlaubstage zu bewegen, eine höchst wichtige Bodenkreditangelegenheit mit einem befreundeten Geldgeber zu verhandeln. Ein Hochschullehrer, der im Frieden in Fragen des Hochschulwesens geradezu aufging, konnte nur schwer zur Teilnahme an einer Fakultätssitzung beredet werden, in der man sein Urteil dringend brauchte, und vermochte nach eigener Aussage den Verhandlungen nur mit äußerster Anstrengung zu folgen, da sie ihn gar nicht mehr interessierten; alles, was da zur Sprache kam, berührte ihn „wie etwas längst Vergangenes", „weit, weit Zurückliegendes". Diese letztere Empfindung findet sich überaus verbreitet — was vor dem Kriege war, scheint durch eine Kluft von Jahren von der Gegenwart geschieden und den Heutigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nichts mehr anzugehen. Ein Kompagnieführer sagte mir draußen, daß alle Berichte über Frau und Kinder ihm unverändert zum Herzen sprachen, aber über Briefstellen, die von den Dingen seines bürgerlichen Berufes sprechen, lese er mechanisch hinweg und wisse oft gar nicht, was darin gestanden. Die Frau eines Fabrikanten klagte mir, daß ihr Mann auf beruflich-geschäftliche Mitteilungen nur selten antworte und fast nie spontan nach dem Stande der geschäftlichen Dinge sich erkundige. „Das ist mir wie verschüttet", äußerte ein von Haus aus sehr ehrgeiziger Regierungsrat; „man mag gar nicht daran denken, man kann aber auch nicht daran denken", meinte ein durch den Stillstand der Bautätigkeit enorm geschädigter Architekt.

3. Die *Geschlechtskraft* ist sehr oft herabgemindert; namentlich erscheint die Libido wie erloschen, öfters versagt aber auch bei scheinbarem Drang die Potenz, und zwar meistens im Sinne eines glatten Ausbleibens der Erektion. Wiederholt versetzte dies Ehemänner, die auf kurzen Urlaub heimkamen, oder solche, die nach rascher Kriegsheirat ins Feld gerückt waren und nun zum ersten längeren Zusammenleben mit der Frau zurückkehrten, in heftiges Erschrecken, in Scham, Bestürzung, Sorge. Eine Ehefrau konsultierte mich verängstigt, weil ihr früher recht geschlechtstüchtiger Mann während eines 14tägigen Urlaubs sie nicht berührt, nicht einmal eine Annäherung versucht hatte; sie befürchtete, er habe sich womöglich draußen angesteckt, später war festzustellen, daß weder Infektion noch Tabes oder Diabetes vorlagen, sondern einfacher Mangel an Trieb. Ich sah verschiedene junge Gatten, die erst nach Wochen der Erholung sich wieder „geschlechtlich erwachen" fühlten und auch dann noch viel über launische Potenz klagten.

Dies (1—3) waren Schwächesymptome. Ihnen korrespondieren ebenso ausgeprägte Reizbarkeitszeichen (4—6).

4. An ihrer Spitze marschiert die *Steigerung des Traumlebens*. Werden an sich schon die mannigfachsten Schlafstörungen beschrieben — erschwertes Einschlafen, häufiges oder vorzeitiges Erwachen —, so fehlt die Angabe über irgendwelche Formen des pathologischen Träumens nur selten. Der Schläfer träumt „die ganze Nacht hindurch", entweder „überaus leibhaftig", oder wiederum „ganz wirres Zeug", Angst- und Schreckträume sind Alltäglichkeiten, man möchte lieber sagen Allnächtlichkeiten geworden; alle Arten von Pavor und Noktambulie, seit Kindheitstagen halb vergessen oder auch damals unbekannt, kehren nun wieder oder treten zum ersten Male auf: Auffahren, Aufschreien, Aufspringen, Vom-Lager-Springen, Schlafreden, Schlafstöhnen, Schlafwimmern, Schlafwandeln, zum Teil verbunden mit Herzklopfen, Beklemmung, Angst, Schweißausbruch, Verwirrtheit im Augenblick des Erwachens. Diese nyktopathischen Be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwerden sind ein klassischer Bestandteil der Feldneurasthenie[1]).

5. Nyktopathisch beginnt auch oft die *Herzneurose*, die aber bald genug die Wachzeit mit heimzusuchen und zur vasomotorischen Neurose sich auszuwachsen liebt. Herzklopfen, Tachykardie, Arhythmien, nervöse Extrasystole, Herzschmerz, Herzdruck, unbestimmte Sensationen in der Herzgegend, alles oft von subjektiv infam peinlicher Beschaffenheit, dazu heiße Wellen zum Kopf, Erröten oder Blaßwerden, kalte Hände und Füße (das eigentliche „Absterben" dagegen gehört ausgesprochenermaßen ins hysteropathische Bild!), Pulsationsgefühle im Kopf, im Hals, im Leibesinnern, im Auge, in den Fingerspitzen — muß ich noch mehr aufzählen? Am häufigsten sind die Nacht, die Zeit nach dem Essen, endlich seelische Aufregungen, namentlich Verantwortung, Spannung, Ärger, Entkräftung und Angst die Punkte, an denen der herzneurotische Komplex in Erscheinung tritt; viel weniger eigentliche Strapazen, oder sie doch erst, nachdem der labile Herzzustand schon längere Zeit gedauert hat. Nicht selten wächst sich die vasomotorische zur vasomotorisch-sekretorischen Neurose aus: mit übermäßigem Schwitzen (häufig auf die physiologisch-hidrotophilen Körperstellen beschränkt), lästig häufigem Urinierdrang und wirklicher Polyurie, Aciditätsschwankungen des Magens und spastischen Durchfällen wird manchmal ein wirklich basedowoides Symptombild hergestellt.

6. Gespeist wird die Herzneurose samt den nyktopathischen Beschwerden sehr ergiebig aus dem starken Genuß von Spirituosen und Tabak, der abgesehen von (örtlich wechselnden) üblen Sitten in der Hauptsache doch von einem heftig gesteigerten *Reizhunger* des Organismus gefördert wird. Der Tabakmißbrauch namentlich hat im Felde Ausmaße angenommen, die jeder Beschreibung spotten. Nichtraucher wurden zu „Kettenrauchern", der Tabakkonsum mäßiger Raucher stieg ums Dreifache, Fünffache und noch mehr. Männer, die sonst 2—3 Zigarren täglich rauchten, kamen auf 10, ja 12; ein junger Offizier, seit Jahren gewöhnt, nach jeder Mahlzeit eine einzige Zigarette zu rauchen, verbrauchte schon im fünften Kriegsmonat 40—50 am Tage. Und das sind keine Ausnahmen, sondern Beispiele! Übereinstimmend aber ist die Beteuerung, daß es ohne das „nicht ging"; es bestand einfach ein „Heißhunger" danach; es war sonst „nicht auszuhalten"; und wenn so mancher einräumte, zeitweilig mehr Wein oder Kognak,

[1]) Ich selber habe den Angsttraum „Der Befehlsempfänger kommt wecken" mit verworrenem, shockhaftem Auffahren noch bis ins Jahr 1917 hinein, d. h. zwei Jahre nach meiner Heimkehr aus dem Frontdienst, durchschnittlich einmal in der Woche gehabt, besonders nach erfahrungsgemäß noktambulophilen Verumstandungen wie Alkoholgenuß, Föhnwetterlage u. dgl.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als er sich selber zuträglich fühlte, genommen zu haben und nunmehr sich vom Abusus spirituosorum entschlossen wieder losmachte, der Tabakgenuß wird fast durchgängig als selbst in seinen Exzessen unentbehrlich geschildert.

Sozusagen vermittelnd zwischen Schwäche und Reizbarkeit steht endlich das letzte typische Symptomengebilde, das die Gemütslage betrifft:

7. Es zeigt das *Stimmungsleben* des Feldneurasthenikers eine überaus häufige *depressive* Färbung mit der Tendenz zu weichmütigen Entladungen — wesentlich häufiger als in der durchschnittlichen Friedensneurasthenie, wo dieses Symptom vorzugsweise den schweren Erschöpfungsfällen oder überhaupt den prozessiv gewordenen Neurasthenien (s. u.) zugehört, während es im Rahmen der Feldneurasthenie auch viele leichtere Fälle kennzeichnet. Diese leichteren Fälle zeigen bei der Friedensneurasthenie viel mehr die Gemütsverfassung der Reizbarkeit und bei deren Entladungen die zornmütige Form. Beim Feldneurastheniker gehören trübselige Bedrücktheit, bange Verstimmung und Weinkrämpfe häufig zu den ersten Anzeichen, die ihm selber und der Umgebung die eigentliche Krankhaftigkeit seines Zustandes offenbaren. Namentlich nach schweren Erlebnissen treten diese Symptome oft zum ersten Male zutage. So mancher nervös gewordene Truppenführer wird zur Krankmeldung gedrängt, weil er vor der Truppe in Weinen ausbrach, was eben nicht angeht, während ein Zornesausfall viel leichter gewogen wird. Zusammen mit der Interessenverödung und der allgemeinen Ermüdetheit bildet diese depressive Gemütsverfassung nicht selten ein Totalbild der trübseligen Apathie, die sich zu nichts aufraffen kann und Ruhe, nur Ruhe, „'raus aus der Schweinerei, nur 'raus!" ersehnt. Es muß aber stärkstens betont werden, daß eigentliche psychomotorische Hemmung dem Bilde durchaus fehlt; wo ich sie fand, ließen sich fast immer cyclothyme Konstitutionskomponenten, also fremdartige Einschläge in die Neurasthenie ermitteln; sie sind übrigens meist „ex juvantibus" leicht kenntlich an ihrer Unbeeinflußbarkeit durch die ärztliche Kur, welche mit den feldneurasthenischen Stimmungssenkungen und -entladungen keine schwerere Mühe hat als mit den übrigen Neurasthenieerscheinungen auch.

Unbeschadet aller tausend Einzelsymptome, die ein Neurastheniker aufzuweisen vermag und die alle sich gelegentlich auch beim Feldneurastheniker vorfinden — diese beschriebenen sieben: Gedächtnisschwäche Interessenverödung, Geschlechtsstumpfheit, Pavor, Herzneurose, Tabaksucht, Gemütsbedrücktheit machen den klassischen, besonderen Kern des feldneurasthenischen Bildes aus. Dieser Kern wird aber noch weiter charakterisiert außer durch das, woraus er besteht, auch durch das, was ihm fehlt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich möchte es in der Schwebe lassen, ob der Kopfdruck und die dyspeptischen Beschwerden, wie es mir manchmal vorgekommen ist, wirklich bei den Feldneurasthenikern seltener gefunden werden als im Bilde der durchschnittlichen Friedensneurasthenie. Geradezu auffallend selten aber, das läßt sich mit gutem Gewissen sagen, ist der Feldneurastheniker *hypochondrisch*. Dieses Hauptsymptom so vieler Friedensneurasthenien, das nicht selten das Hauptleiden des Neurasthenikers (vor allem die Hauptmanifestation seiner Gemütsveränderung, seiner Bedrückung, Sorge, Angst) ausmacht, fehlt der Feldneurasthenie fast ganz. (Man ersieht daraus, wie unmöglich es ist, etwa das Wesentliche der Neurasthenie aus der Hypochondrie herzuleiten, den Neurastheniker bloß als „Krankheitsängstling" auf- und anzufassen.) Die Sorge ums Wohlsein, nein um die blanke Erhaltung des Ich, das geängstigte Beobachten jeder ungewöhnlichen Empfindung und ihrer Umdeutung in ein Krankheitszeichen — alles dies ist vor der wirklichen Lebensgefahr und Todesnähe, die der Felddienst täglich und stündlich bringt, wie dahingeschmolzen. Dessen sind sich übrigens sehr, sehr viele Feldsoldaten bewußt; was wir alle als die „Verjüngung" durch den Felddienst verspürt haben, umschließt das Schwinden der hypochondrischen Grillen mit; die überwältigende Unmöglichkeit, dem uns gesetzten Schicksal durch tausenderlei kleine Vorsichtsmaßnahmen auszuweichen, riß uns von der Kultivierung dieser Maßnahmen los und reinigte uns von der Hypochondrie, die ja eine typische Begleiterin gesicherter Daseinsführung ist. Ich habe immer und immer wieder bei Hunderten von Feldneurasthenikern und gerade auch bei den tief Verstimmten und Bedrückten nach hypochondrischen Elementen geforscht, immer vergeblich; sie waren bei den draußen erst nervenschwach Gewordenen nie aufgetreten, und sie waren, Dutzende von Malen habe ich mir das bestätigen lassen, bei den schon neurasthenisch Ausgerückten geschwunden — und geschwunden geblieben, während die übrigen neurasthenischen Beschwerden nach kürzerem oder längerem Wohlsein sich wiedereinfanden und neue, spezifisch feldneurasthenische sich noch hinzugesellten. Diejenigen aber, die „neurasthenisch" hinausgingen und ihre Hypochondrie nicht loswurden, sind früher oder später hysteriefarbig erkrankt — es ist eben dies der von den Bedingungen des Felddienstes allein zugelassene Weg, um jene Sicherung des lieben Ich zu ermöglichen, die unter den Bedingungen des Friedenslebens (unseres europäischen Friedenslebens) auch durch eine rechtschaffene Hypochondrie schon ermöglicht — oder wir wollen besser sagen, deren Illusion durch eine solche Hypochondrie schon ermöglicht wird. Kurz und gut, Tatsache ist: die Feldneurasthenie stellt eine Neurasthenie ohne hypochondrischen Einschlag dar, und für jeden Kenner der Neurasthenie bedeutet das gewiß eine bemerkenswerte Tatsache.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach den sieben Hauptsymptomen, die der Feldneurasthenie besonders eignen und dem einen, das ihr bezeichnenderweise fehlt, wäre noch zweier zu gedenken, die in ihrer Zugehörigkeit zu ihr fraglich erscheinen können.

Wie steht es mit dem *Zittern*? Ich habe Diagnosen ernsthafter Fachgenossen gelesen, die auch bei einem chronischen Wackelzittern des Kopfes oder eines Armes oder einer Körperhälfte, verbunden mit einem Komplex neurasthenischer Symptome, noch auf „Neurasthenie" lauteten. Dahin kann ich nicht mit. Grobschlägiges Dauerzittern überschreitet alles, was wir als Neurasthenie abgegrenzt haben, unbedingt; es ist unbedingt hysteriefarben, solange es nicht (was aber nur für Tage gelten kann) ganz unmittelbare Shockfolge ist. Auch der Feldneurasthenie werden wir, wollen wir nicht ihren Begriff heillos verwirren und verflüchtigen, nur jene feinschlägigen, in Erregung und Ermüdung sich steigernden, dann vorübergehend auch sich vergröbernden, mit der Beruhigung oder Erfrischung aber sofort wieder abklingenden Formen des Zitterns in Fingern, Zunge, Lidern, Lippen usw. zuteilen dürfen, die wir an der Neurasthenie schlechthin kennen. Was darüber hinausgeht, was zum eigentlichen Schüttel- und Wackelzittern hinübergreift, muß dem hysteroiden Erscheinungskreise zugerechnet werden.

Ähnliches gilt von „Anfällen", die *Bewußtlosigkeiten* sind. Die Neurasthenie kennt Schwindelanfälle, Weinkrämpfe, Schwächeanwandlungen und wohl auch Ohnmachten; diese freilich wohl erst in ihrer Entwicklung als prozessive Abnormität (s. u.), bei stark Abgemagerten, Entkräfteten, Blutarmen, Herzschwachen — solche Zustände erblicken wir ja oft am Ende einer lange vernachlässigten Neurasthenie. Bewußtseinstrübungen oder -verluste aber mit Krämpfen, Zuckungen, Schreien, Röcheln sind durchaus unneurasthenisch. Ich habe sie auch bei keinem meiner vielen hundert Feldneurastheniker jemals zu sehen bekommen, und jeder scheinbar neurasthenische Fall, bei dem solche Vorkommnisse auftraten, erfuhr dadurch eine neue diagnostische Beleuchtung: zentrale Arteriosklerose, substernale Struma, beginnende Paralyse, multiple Sklerose, Hirntumor: das sind nur fünf Beispiele für die einschneidende Wendung, die das Auftreten von Bewußtlosigkeit und Krämpfen einer vorherigen vermeintlichen „Neurasthenie" gab. Andere entlarvten sich damit als hysterisch. Und abziehen muß man natürlich alle Ohnmachten oder „Anfälle", die akute Shockwirkung sind; sie können sich auch in den ersten Tagen nach dem erlittenen Shock noch gelegentlich wiederholen, verschwinden dann aber spurlos, wenn als chronische Shockfolge wirklich eine Neurasthenie zurückbleibt — während ihr hartnäckiges Bleiben gerade die hysterische Wendung signalisiert[1]).

[1]) Die Ohnmachtskrämpfe, die vor einem Jahrzehnt Oppenheim als „psychasthenische" beschrieben hat, gehören sicherlich nicht der erworbenen Neurasthenie,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5.

Die **Ursachen** der Feldneurasthenie sind manchmal sehr einfach und öfter sehr verwickelt; es lassen sich ihrer sieben namhaft machen:

1. Körperliches Trauma 2. Körperliche Erschöpfung 3. Narkotische Überreizung	physische Ursachen.
4. Seelisches Einzelerlebnis 5. Seelische Spannung 6. Seelische Reibung. 7. Seelische Umstellung	psychische Ursachen.

Selten handelt es sich um eine dieser Ursachen allein; meist wirken mehrere zusammen, manchmal so, daß eine die schleichend vorbereitende, die andere die plötzlich auslösende ist. Die Zurechnung der Neurasthenie zu eindeutigen Ursachen ist bekanntlich stets schwierig und unsicher, schon weil gewöhnlich subjektive Einschätzungen der Schädlichkeiten durch den Kranken mit all ihrer (unbewußten) Unverläßlichkeit dabei verwertet werden müssen.

1. *Körperliche Traumen* dürften am seltensten lediglich von sich aus Neurasthenie erzeugen. Dennoch soll nicht ausgeschlossen werden, daß z. B. eine Gehirnerschütterung dies vermag; wenn wir auch nach ihren schwereren Formen häufiger das Bild der Kommotionsneurose entstehen sehen, das von der eigentlichen Neurasthenie vorzüglich durch die Stimmungsanfälle einer eigentümlich weinerlichen Verzagtheit und Ratlosigkeit, durch das schwere Gefühl des völligen Verändertseins und oft auch durch hysteroide Lokalfarben sich unterscheidet. Mäßige Kommotionen können doch auch einfach schwer neurasthenisch machen, ohne daß der Boden dafür schon irgendwie namhaft bereitet war. Ich komme bei meinem Material allerdings auf keinesfalls mehr als 5, höchstens 6 Fälle, in denen die beobachtete typische Feldneurasthenie im wesentlichen auf Rechnung einer durchgemachten Kommotion zu setzen gewesen wäre; alle 5 stammen aus dem ersten Kriegsjahr, ist noch längerer Felddienst voraufgegangen, so wird es immer schwer sein, eine andere Mitursache sicher auszuschließen. Sehr häufig aber ist die auslösende Rolle der Kommotionen und auch anderer körperlicher Traumen, der Quetschungen durch Verschüttung, der Kolbenschläge oder -stöße, der Wirbelsäulenprellungen (die gewöhnlich als Commotio spinalis laufen), einfacher heftiger Stürze (in den Graben, in Granattrichter, beim Angriff u. dgl.), schließlich auch einer ernsteren Verwundung; alles dies kann den Tropfen abgeben,

---

sondern konstitutionellen Neuropathien an, bei denen symptomatisch alles vorkommt — neurasthenische, epileptoide, hysterische, katatone, cyclothyme, triebperverse usw. Einzelzüge.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der das Maß zum Überlaufen bringt. Dieser Zusammenhang ist gewiß noch häufiger, als er eingeräumt wird; die Leute bestehen ja gern darauf, das akute Ereignis allein verantwortlich zu machen, weil ihnen damit die „D. B." gesichert erscheint. Jedenfalls ist die Zahl der Feldneurastheniker, die sich im Anschluß an ein körperliches Trauma krank gemeldet haben (oder nach Abheilung der akuten Traumenfolgen krank, nämlich „nervös" geblieben sind) recht erheblich. Wir hören da oft die Angabe: seither „ging es nicht mehr".

2. Viel geläufiger ist uns die Rolle der *körperlichen Erschöpfung*. Strapazen, namentlich Märsche, aber auch Stellungsbau, Transporte mit Hindernissen, Schlafmangel, unzureichende Verköstigung, entkräftende Krankheiten — das sind die hauptschuldigen Erschöpfungsfaktoren. Weiterer Ausführungen über diese Ursachengruppe bedarf es nicht; sie sind in der kriegsmedizinischen Literatur reichlich vorhanden. Ich möchte nur daran erinnern, daß bei der reinen physischen Erschöpfungsneurasthenie desto gewisser, je reiner sie eine solche ist, das Verhältnis von Ursache und Wirkung am harmonischsten und die Behandlungsanzeige dementsprechend am einfachsten ist; womit nicht übersehèn sein soll, daß nach einer gewissen Zeit auch die Erschöpfungsneurasthenie „prozessiv" wird, „verschleppten" Charakter zeigt und dann dem therapeutischen Handeln recht hartnäckig trotzen kann (s. u.). Daß die östlichen Kriegsschauplätze mit ihren Gewaltmärschen, Verpflegungsschwierigkeiten und seuchenhaften Erkrankungen den Löwenanteil der reinen Erschöpfungs-Feldneurasthenie stellten, ist selbstverständlich. In meinem fast ganz dem westlichen Schauplatz entstammenden Material bin ich daher mit dieser Neurasthenieform nur sehr wenig in Berührung gekommen.

3. Die *narkotische Überreizung* spielt eine ganz ungeheure ursächliche Rolle für die Entstehung der Feldneurasthenie, mag sie in Alkoholgenuß oder in Tabakgenuß oder in beiden übers erträgliche Maß hinaus bestehen. Die Probe kann man „ex juvantibus" machen. Zahlreichen Feldneurasthenikern will weder die Entfernung aus dem Kampfgebiet, noch die Herbeiführung von Schlaf, noch die kräftigste Ernährung, noch Ruhe eine merkliche Besserung bringen; erst wenn man ihnen Alkohol und Tabak radikal entzieht, geht es — nach einem schmerzlichen Anfangsstadium — rasch aufwärts. Von den früher behandelten Symptomen sind es namentlich die Gedächtnisstörung und die Herzneurose, die oft aufs engste mit dem Narkotismus zusammenhängen und erst mit völliger Entgiftung des Körpers zu schwinden sich bereit finden. Von der betrüblichen Tatsache, daß so mancher sich draußen auch an andere Narkotica wie Pantopon, Morphium u. dgl. gewöhnt, ist hier nicht zu reden; dadurch werden ja andere Bilder als das der Neurasthenie geschaffen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Natürlich sieht man zuweilen auch die nervösen Folgen des Alkohol- und Tabakmißbrauches in den mehr spezifischen Bildern von alkoholischer Umwandlung der Persönlichkeit oder von umschriebener Nicotinvergiftung sich äußern. Häufiger ist aber doch die bloße Mitwirkung dieser narkotischen Überreizungen an der Gestaltung einer allgemeinen Neurasthenie.

4. Das *seelische Einzelerlebnis* findet seine eindruckvollste Vertretung in dem, was wir *Shock* zu nennen pflegen: ein überwältigendes, daniederwerfendes Erleben eines allerhöchsten, auf Augenblicke verdichteten Schreckens, Grauens oder Angstaffekts. Der Krieg von heute hat es leider alltäglich gemacht, daß diese Art Erlebnis sich auch auf Stunden auseinanderziehen kann, wie z. B. im Trommelfeuer oder nach Verschüttungen oder im Verwundetliegen zwischen den kämpfenden Fronten: Dinge, die vordem nur bei den ärgsten Katastrophen einmal, und noch früher als gewollte Menschenfolter vorkamen. Damit verwischt sich natürlich die Grenze zwischen dem Shock und den chronischen seelischen Erlebnisformen, von denen noch zu reden ist, zu fließenden Übergängen. Es finden sich aber auch viele Übergänge vom shockhaften zum einfach stark erregenden seelischen Einzelerlebnis; ein schwerer Nahkampf, eine gefahrvolle Patrouille, ein Luftkampf und hunderterlei, dessen Abwandlungsfülle jeder Aufzählung spottet, kann Ausgangspunkt einer Feldneurasthenie werden, wenn auch mit wachsendem Abstand vom Shock immer mehr der bloß auslösende Charakter solcher Einzelerlebnisse vorherrschend wird. Eine besondere Gruppe bilden hier noch die „dienstlichen" Erlebnisse engeren Sinnes. Heftige Zusammenstöße, Ab- und Versetzungen, Übergehungen bei der Beförderung oder Auszeichnung, Bestrafungen: deren ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Feldneurasthenie man nicht unter-, wenn auch ebensowenig überschätzen darf. Die Neurasthenie nach Shock kommt gewöhnlich erst nach dem Abheilen der akuten Shockwirkung zur Entwicklung; diese akute Wirkung ist hier nicht weiter zu beschreiben, aber jede ihrer Formen, die stuporöse wie die erregte, die angstpsychotische wie die „gansernde" kann in typische Neurasthenie ohne hysteroide Reste ausklingen. Die Shock-, überhaupt die Einzelerlebnisneurasthenie trotzt oft lange, ja dauernd jeder Behandlung, sie ähnelt am meisten dem chronischen „Knacks", den wir auch nach schweren körperlichen Traumen oft finden und der manchmal Jahre zu seinem Verwinden braucht. Sie neigt auch am stärksten dazu, noch in späteren Stadien plötzlich wieder Hysteriefarben an sich aufleuchten zu lassen, insonderheit unter dem Einfluß des bevorstehenden Wiedereintritts in den Dienst und der seelischen Ansteckung von hysterischer Umgebung her. Die „dienstlich" wurzelnden Neurasthenien pflegen sich in ihrer Hartnäckigkeit mit den shockbedingten zu be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rühren; symptomatisch kennzeichnen sie sich gern durch einen paranoiden Einschlag, indem das zwangsmäßige, grollende Immer-wieder-Wälzen des fraglichen Erlebnisses zu einem jede Therapie paralysierenden Kraftzentrum aufreibender nervöser Symptombildung wird.

5. Die *seelische Spannung* ist uns schon aus der Friedensätiologie der Neurasthenie wohlbekannt. Wie da, so bildet auch im Felde die verantwortungsvolle und dabei notgedrungen passive — die verantwortlich abwartende Spannung die am stärksten schädigende aller Spannungsformen. Wenn daher die körperliche Erschöpfung die klassische Neurasthenie-Ursache der östlichen Kriegsschauplätze ist, so gehört die echte Neurasthenie der chronischen seelischen Spannung ebensosehr dem Stellungskrieg an, wie er sich vorwiegend in Frankreich, dann noch an der italienischen Front und im Osten zeitweilig und stellenweise, stets hier aber unter milderen Spannungsbedingungen (bessere Terrainsicherung, geringere Kampfbereitschaft und Kleinkampfrührigkeit des Gegners) ausgebildet hat. Die unerläßliche ständige „Bereitschaft" des Stellungskrieges kann man wohl als das seelisch aufreibendste Moment des Frontlebens bewerten. Der Offizier, der sich überhaupt nicht mehr zu entkleiden wagt, auch in der sogenannten „Ruhestellung" nicht, weil er halbwegs Schlaf nur dann findet, wenn er gewiß ist, jederzeit nur ein paar Augenblicke zum „Bereitsein" zu brauchen — veranschaulicht den Innenzustand dieses Soldatentums am besten. Man nehme noch hinzu, daß die „Sicherung" der Spannung sich wieder in tausend Einzelheiten bis zu den kleinsten Kleinigkeiten hinab zerlegt, für die alle gesorgt sein muß, wenn's in der entscheidenden Minute „klappen" soll, und daß diese Sicherungen namentlich in kampflebhafterer Zeit durch Verluste beständig entwertet erscheinen, beständig „ausgewechselt" werden müssen — um die nervenzermahlende Kraft dieser Schützengrabenspannung zu erfassen. Daß Spannungen besonderer Art, wie jene dienstlichen, die im monatelangen Warten auf eine Beförderung, eine Dekoration, eine Anerkennung überhaupt entstehen, häufig Mitfaktoren bei der Neurasthenisierung bilden, ist bekannt genug. Das Übermaß an Spannung ist es, das am allermeisten zur narkotischen Selbsthilfe treibt und damit einen weiteren Neurasthenisierungsfaktor sich selber herbeiholt. Auch für körperlich erschöpfende Momente, wie ungenügende Nahrungsaufnahme und Schlafmangel, kann die chronische seelische Spannung Ursache sein; zum Glück leistet hier die Gewöhnung meistens das in normalen Zeiten unmöglich Scheinende, Appetit und Schlaf trotz aller Spannung zu ermöglichen — oft genug freilich erst auf dem gefährlichen Umwege über die narkotische Betäubung.

6. Die *seelische Reibung* ist ein medizinisch etwas wenig gewürdigtes, in der soldatischen Alltagsjeremiade freilich desto ausgiebiger ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tretenes Moment der Neurasthenisierung. Der chronische Kleinkampf des Vorgesetzten mit zahlreichen Untergebenen, der Untergebenen mit manchem Vorgesetzten, der Soldaten mit vielen Kameraden, namentlich des sozial Höherstehenden mit dem sozial Tieferen, des Gebildeten mit den Ungebildeten; aber auch die Reibung mit den „Dingen", der Kleinkampf mit der Zeit, in der etwas kaum fertigstellbar scheint und doch getan sein muß, mit den Hindernissen; mit physischem Ekel sowie mit dem eigenen Stolz, wobei der körperliche Widerwille gegen Unsauberkeit ebenso wie die Auflehnung gegen Zumutungen hinuntergewürgt sein wollen; bei zarteren Naturellen auch die Reibung mit dem eigenen Gewissen, das es verbietet, so entsetzliche Dinge zu tun und tun zu helfen, wie der Krieg sie nun einmal täglich zu tun verlangt — damit seien nur ein paar Beispiele dessen, um was es sich hier handelt, herausgegriffen. Im allgemeinen ist der Garnisondienst reicher an seelischer Reibung als der Frontdienst; der Stellungskrieg reicher daran als der Bewegungskrieg; der Stand des noch nicht chargierten Gebildeten besonders gesegnet damit. Der Mann, der vom freien Beruf herkommt, leidet unter diesen Momenten am stärksten; der Beamte ist gewöhnt, derlei Dinge weniger tragisch zu nehmen, der aktive Soldat hat die am besten abgehärtete „seelische Haut" dafür.

7. Die *seelische Umstellung*. Der Kriegsausbruch zerbrach für Millionen von Menschen die jahrzehntelange Kontinuität ihrer seelischen Entwicklung. Was sonst immer nur Vereinzelte in einem Berufswechsel, einem katastrophalen Lebensschicksal einmal erfahren hatten, wurde Geschick der Masse: in einem Wirbelsturm des Erlebens weniger Tage aus ihrer Welt herausgerissen, in eine gänzlich neue, unerhörte von völlig veränderten Dimensionen und Inhalten, Intensitäten und Proportionen hineingestoßen zu werden. Wie ungeheuer der Riß, der diese beiden Welten trennt, das vermag nur der ganz zu erfassen, der damals, in den Tagen des Juli-Endes und August-Anfangs 1914, die Umstellung an sich selber vollzogen, selber an die Stelle des Beamten, Lehrers, Richters, Kaufmanns, Handwerkers, ja selbst Arbeiters den Feldsoldaten gesetzt hat; wir Ärzte können hier nur annäherungsweise nachfühlen, weil wir immer noch, bei aller Durchlöcherung unseres Lebensschicksals durch den Krieg, ein sehr wesentliches Stück des vorigen Daseinsinhaltes, eben das Wesentliche unserer Berufsleistung, in die Front hinübernahmen.

Wie wirkt es auf eine Menschenseele, wenn sie das meiste von den Inhalten, namentlich den intellektuellen, aber auch den emotionalen, ja den moralischen und ästhetischen, von Interessen, Zielsetzungen, Strebungen, Wertungen usw., die sie bisher erfüllt hatten, beiseitestellen muß, um sich auf ganz neue Erlebnisgehalte, aber auch Erlebnisformen einzurichten? Dieses Experimentum, keinem Labora-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

torium je erreichbar und der Wirklichkeit gewöhnlich nur zufällig einmal beschieden, hat der Krieg in gigantischem Maßstabe veranstaltet. Er wirkte zunächst befreiend, erneuernd, sagen wir einmal nüchtern ärztlich: „erholend". Und das nicht bloß in der Zeitspanne der ungeheuren allerersten Erregung, in den vielberufenen Augusttagen, die gerade auch seelisch den Deutschen als die Geburtswehen einer neuen Zeit symbolisch wurden. Die ganzen ersten Kriegsmonate erfuhren viele, ungezählt viele an sich wie eine Ausspannung allergrößten Stils, wie eine Kur, in der sie sich verjüngten und kräftigten; jeder fast sah sich mehr leisten, als er sich jemals zugetraut hatte; der Wunsch, der vergeblich in manche Ferien, manche Sommer- oder Winterfrische mitgenommen worden war: einmal alles Alltagskrams für eine Weile gänzlich ledig zu sein, von nichts Beruflichem, Familiärem, Wirtschaftlichem, Gesellschaftlichem u. dgl. mehr eingeholt zu werden — nun hatte er seine Erfüllung über jedes Erwarten hinaus. Ich hörte einmal im Herbst 1914 einen älteren Reserveoffizier in Französisch-Flandern sagen: „Welch ein anderes Dasein, dieses Leben nur unter Männern und stündlich unter Einsetzung des Lebens selber!" Und ein Künstler und Denker wie der Architekt Friedrich Ostendorf, der dann an der Lorettohöhe fiel, sagte um dieselbe Zeit im Ernste zu mir: „Wie nichtig und unwichtig war doch alle äußere Friedensarbeit, auf die wir uns soviel zugute getan, um die wir uns gestritten und verfeindet, abgemüht und aufgerieben haben! Ich sage jedem meiner Schüler hier, den ich treffe: Bleibt Soldaten, nur da schöpft ihr das Leben aus; und wer weiß, ob ich's ihnen nicht selber vormache."

Den ersten Stoß versetzten diesem Erfrischungsbewußtsein die Darmerkrankungen im September 1914. Aus ihnen gingen wir zu Tausenden mager, geschwächt, etwas leidend hervor; und während wir uns davon, verhältnismäßig rasch, wieder erholten, kam der innere Umschwung des Krieges selber, der Stillstand des westlichen Angriffsfeldzuges, das Erstarren im Stellungskampf, der Einbruch des Winters ohne sichtbares Kriegsende: damit ändern sich die Wirkungen der seelischen Umstellung, fangen sie an — bei den einen rasch, bei vielen ganz unmerklich, schleichend — ins Gegenteil hinüberzuwechseln — in die Neurasthenisierung. Direkte Gefühle von Wertzerstörung und Sinnlosigkeit des Krieges tauchen auf; das Heimweh nach dem alten Leben, seinen Formen wie seinen Inhalten, erwacht. Und indem derlei doch nicht zum vollen Bewußtsein zugelassen werden darf — wenigstens nie dauernd, immer nur für seltene Augenblicke; indem die Einstellung auf die Kriegsleistung Pflicht wird, die allen entgegengesetzten Regungen Schweigen gebietet; indem diese Regungen doch naturgemäß immer lebendiger werden, durch wirtschaftliche Kümmernis, Familiensehnsucht, sexuelle Entbehrung genährt, an den Siegeszügen des Som-

Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

mers und Herbstes 1915 sich festklammernd, um im Angesicht der Unvermeidlichkeit eines zweiten Kriegswinters doch wieder vor der Pflicht zum Ausharren sich verstecken zu müssen: wird die erzwungene seelische Umstellung, die immer dauerndere Verdrängung des ganzen bisherigen Lebens, der immer länger währende Verzicht auf den alten, stetig entwickelten Menschen zugunsten eines neuen, im Taumel improvisierten, dem doch eigentlich kein Entwicklungsgang winkt, der ja doch eines (relativ) nahen Tages wieder abgetan sein wird, um dem alten Platz zu machen — wird dies zu einer wesentlichen Quelle neurasthenischer Unterwühlung der Psyche.

Der geistige „Stumpfsinn" des Grabenkrieges, den so mancher meiner Feldneurastheniker als Hauptschuldigen seiner inneren Zermürbung angeklagt hat, ist nur ein Einzelfall dieser Wendung. Denn der Grabenkrieg, den nicht erfunden und stets zu überwinden getrachtet zu haben ein ewiger Ruhmestitel deutschen Geistes bleibt, bringt eben nur das Sinnlose des Kriegsdaseins im Verhältnis zu den Friedenslebensinhalten besonders augenfällig zur Darstellung; mangels großen stürmischen Erlebnisses, das der Bewegungskrieg immer wieder beschert, setzt er die Diktatur der Pflicht gegenüber allen Regungen besonders hart und starr ein. Alles aufgeben, was man erträumt, erstrebt, erarbeitet, erstritten hat, um dieses Ringen hin und her, diesen Lebenseinsatz für Quadratmeter dafür einzutauschen: das ist eine besonders schwierige Umstellung, hierbei wird die Darniederhaltung der Friedenssehnsüchte eine besonders große seelische Strapaze. Es zermürbt mehr, in der Einförmigkeit alte Erinnerungen nicht übermächtig werden zu lassen, als in den leidenschaftlichen Erregungen und Spannungen, dem atemlosen Aufgabenwirbel, in den der Bewegungskampf jeden einzelnen hineinreißt.

Schließlich erhebt sich die Frage, ob nicht auch die erholende Anfangswirkung der seelischen Umstellung nur Schein war, ob nicht eine seelische Umstellung von so plötzlicher Gewaltsamkeit und so unerhörtem Umfang, wie der Krieg sie brachte, an und für sich schon den Keim der Neurasthenisierung in die Hirne der Betroffenen pflanzen mußte? Das ist natürlich schwer zu bejahen oder zu verneinen. Es läßt sich nur sagen: Das subjektive Verjüngungs- und Erholungsgefühl ist kein Gegenbeweis; sehen wir doch oft genug, daß neuartige und starke Zumutungen, die an einen lebensgereiften Menschen herantreten, ihn anfänglich zu erfrischen scheinen und sich nachträglich doch als Überanstrengungen herausstellen (Berufswechsel, späte Liebe, Wohnsitzwechsel, plötzliche Laufbahnaufstiege u. dgl.); wir kennen auch den anfänglichen, dann ins Gegenteil umkippenden Scheinerfolg sehr kräftiger medizinischer „Erholungs"maßnahmen, Luftwechsel, Höhenwechsel, Badekuren, Diätwechsel u. dgl. Bei aller Vorsicht im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Urteil sollte man daran denken, daß die ungeheure seelische Umstellung des Friedensbürgers zum Feldsoldaten, so subjektiv wohltätig sie vielen erschienen ist und so objektiv wohltätig sie in Ansehung mancher Einzelfolgen, wie der Verscheuchung der Hypochondrie, überhaupt selbstischer Züge, gewirkt hat, vielleicht doch als Ganzes objektiv der erste entscheidende Zug im Spiel der Neurasthenisierungsmomente gewesen ist.

Von ihrem symptomatischen Wert ist genug gesagt: sie hat wesentlichen Teil an dem, was der Feldneurasthenie eigen ist, denn von ihr gehen Gemütsdepression, Gedächtnisschwund, Interessenverödung, gutenteils vielleicht auch die Geschlechtstriebschwächungen aus; sie hat wesentlichen Teil aber auch an dem, was die Feldneurasthenie kennzeichnet, indem es ihr fehlt: die Nichthypochondrie des Kriegers, noch des nervenschwach gewordenen, erklärt sich (außer aus physischen Abhärtungsfaktoren) hauptsächlich aus der Ablösung von einer seelischen Einstellung, in der die Wertung und Sicherung des eigenen Lebens eine so große Rolle spielt, wie es beim Kulturmenschen der Fall ist, und der Hinwendung zu einer Neueinstellung, in der überindividuelle Werte (Gehorsam, Einordnung, Kameradschaft, Hingabe, Selbstopferung) beherrschend sind. Auch hier mag nochmals daran erinnert werden, daß diese Neueinstellung notwendig ist, denn ohne ihr Gelingen ist Felddienst unmöglich, führt er zu raschem Zusammenbruch unter welchen neurotischen oder psychotischen Bildern immer es sei; daß sie aber in ihrer Notwendigkeit ein tüchtiges, und für viele ein hartes Stück Nervenarbeit bedeutet, dessen Aufwand als erster Beitrag zu späterer Neurasthenisierung wohl recht oft in Rechnung gestellt werden darf.

6.

Diese Ursachen der Feldneurasthenie treffen auf bestimmte Persönlichkeiten und wirken sich in ihnen aus. Der Anteil der **„individuellen Disposition"** an der Entstehung von Feldneurasthenie (als eine „Bedingung", wie man es heißt) erscheint so unübersehbar wie bei der Friedensneurasthenie auch und hat uns unleugbar sogar noch manche Überraschung beschert.

Wenn wir hier von „individueller" Disposition sprechen, so muß das mit Vorbehalt verstanden werden. Die im strengen Sinne „individuelle" Disposition interessiert den praktizierenden Arzt, der ihr seine individualisierende Behandlung anpaßt, oder z. B. den Biographen. Uns aber hier ist es natürlich gleichgültig, welche höchstpersönliche Krankheitsdisposition im Musketier Maier, im Vizewachtmeister Müller oder im Hauptmann v. Lehmann angelegt ist; denn nicht von der Kriegsneurasthenie jedes dieser Herren, sondern von Kriegsneurasthenie im allgemeinen handeln wir. Dabei stößt uns die Frage der individuellen Disposition allerdings auf, aber nur insoweit, als auch die anscheinend „individuelle" Disposition sich wieder einer allgemeineren Disposition, der Disposition zwar

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht aller, aber der Disposition eines Teils aller, einer Gruppe zurechnen läßt. Was heute sehr oft Individual-Forschung (oder Differentialforschung; -physiologie, -pathologie, -psychologie usw.) genannt wird, ist im Grunde Gruppenforschung. Absolute Individualforschung gibt es auch; sie führt aber längst einen einfacheren, schönen Namen: sie heißt Geschichte — die Kunde vom absolut Einmaligen und Einzigartigen.

Hier also fragen wir, ob bestimmte Gruppen des Volkes durch ihre Disposition besonders leicht oder auf besondere Erscheinungweise der Kriegsneurasthenie verfallen, und ob sich dadurch gewisse scheinbar individuelle Unterschiede bei unseren Kranken, Unterschiede der Erkrankungsgeneigtheit und der Erkrankungsform (-heftigkeit und -färbung) erklären.

Wie steht es um die Feldneurasthenisierung der Neuropathen? Wir sind bekanntlich angenehm überrascht gewesen, daß unsere „entnervte" Kulturmenschheit sich in diesem Kriege Zumutungen gewachsen gezeigt hat, an die wir vorher nur mit Grauen hätten denken können, und auch im einzelnen haben manche „Neurastheniker" draußen Erstaunliches geleistet, zur eigenen und zu anderer Verwunderung, während umgekehrt manche vermeintlichen „Nervenprotzen" rasch versagt haben. Aber dieses Bild der Überraschungen hat sich mit längerer Kriegsdauer doch mehr und mehr korrigiert. Bestehen bleibt, daß die Nationen als Ganze einer ungeahnten Nervenprobe über jedes Erwarten hinaus genügt haben. Der Anteil der ursprünglichen Nervenschwächlinge und Nervenkränklinge an den neurotischen Kriegserkrankungen ist aber von Kriegsjahr zu Kriegsjahr augenfälliger in Erscheinung getreten. Wir sind gegenüber der Antwort auf unsere Frage: Belastung? überhaupt konstitutionelle Nervenschwächlichkeit? — kritischer geworden. Die Gefragten haben uns oft, vielleicht meist falsch beschieden, weil sie fürchteten, mit der Frage werde ihnen eine Falle gestellt, um ihre Dienstbeschädigungsansprüche abzufangen. Jeder wollte bis zum August 14 ein „kerngesunder Mensch" gewesen sein, und oft durch Zufall nur kam es zur nachträglichen Kenntnis, wie deutliche Zeichen des Nervenkränklings er seit jeher, des Neurasthenikers er mindestens seit längerem schon dargeboten hatte. Bei den Jugendlichen bleibt ja selbst für den Sachkundigen oft genug die Unsicherheit bestehen, wieweit die Unausgeglichenheiten der Entwicklungsjahre sich noch auswachsen werden oder Stigmen der Neuropathie bedeuten. Jede Statistik über den Anteil der Belasteten, der Neuropathen und der schon im Frieden neurasthenisch Gewordenen ist also eine sehr schwankendes, sehr frisierbares Ding mit einem nur zu reichlichen X-Konto zur Bilanzmache. Ich beschränke mich daher auf eine ganz ungefähre Schätzung, wenn ich für 1500 daraufhin geprüfte Fälle meines Materials 285, also 19% als Neurasthenien, die konstitutionell deutlich vorbereitet waren, nenne und hinzufüge: dies scheint mir immerhin etwas weniger zu sein, als eine parallele Prüfung am Material der Friedenspraxis ergibt. Dies würde ja nun gut stimmen zu dem, was sich schon deduktiv her-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leiten ließe: daß der Krieg mit seiner Nervenschädigungskraft doch stärker ins Lager der konstitutionell Gesunden hinübergreift als die Zumutungen des Friedenslebens es taten. (Die Erwartung, die Anteilziffer der Neuropathen müßte dann von Kriegsjahr zu Kriegsjahr zurücktreten, wird durch die erwähnte bessere Ermittlung dieses Anteils mindestens ausgeglichen, wo nicht überkompensiert.) Ein nervengesundendes Handwerk, wie es anfangs manche sich zurechtgelegt haben, ist also der moderne Krieg bei längerer Dauer jedenfalls nicht; heute besteht wohl kaum noch ein Meinungsstreit selbst im Publikum, daß der Friedensschluß mehr heruntergewirtschaftete Nerven vorfinden wird, als der Kriegsausbruch vorfand. Was aber die Verteilung der Konstitutionalität auf die einzelnen Kriegsneurosen anbetrifft, so habe ich den ganz entschiedenen Eindruck, daß die hysteroiden und hysterischen Neurotiker in wesentlich höherem Anteilsatz „vorbelastet", konstitutionelle Schwächlinge und Kränklinge sind als die einfachen Kriegsneurastheniker. Eine Ramschschätzung: jene zu drei Vierteln und mehr, diese noch lange nicht zur Hälfte. Die Kriegsneurasthenie ist die natürlichere, paradox gesprochen: die gesündere krankhafte Reaktion des Nervenapparates auf die Kriegserlebnisse gegenüber der hysterischen. Auch das stimmt zu den Friedenserfahrungen (an der männlichen Bevölkerung): es gehört (beim Manne) nicht bloß eine andere sondern mehr Abnormität dazu, um hysterisch, als um neurasthenisch zu werden. (Fürs Weib freilich gilt eine so einfache Formel nicht!)

Von der neurotischen Disposition der **Volksstämme** sind gelegentlich (z. B. auf der Münchener Psychiater- und Neurologentagung im September 1916) Behauptungen aufgestellt worden, die sich wohl selber nicht vermessen, mehr als die Wiedergabe von ziemlich unbestimmten „Eindrücken" zu sein. Auch ich hatte solche „Eindrücke", aber ich gebe sie mit allen Vorbehalten wieder, schon weil mein Material (das Mannschaftsmaterial; am Offiziersmaterial habe ich die Eindrücke nicht bestätigt gefunden) überwiegend badisches Material war, in dem die andern Stämme nur gelegentliche Einschüsse bedeuteten. Mir kam es vor, als ob der echte, lehrbuchmäßige Neurastheniker (der „reizbar Schwache") besonders rein bei den Sachsen sich vorfinde, während die Alemannen (Oberbadener, Württemberger und Elsässer Oberländer) das neurasthenische Bild öfter durch den depressiven, gehemmten Einschlag, und die Pfälzer es durch den hysteroiden verfärben. Die pfälzische Beobachtung würde sich, da die Pfälzer zur rheinfränkischen Stammesgruppe zählen, mit der Beobachtung anderer über die starke Hysteriedisposition der Rheinländer decken.

Die Selbsterhaltungskraft der deutschen Stammespsyche ist eine geradezu rätselvoll anmutende Tatsache des deutschen Volksseelenlebens.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Vergegenwärtigen wir uns einmal die seltsame Tatsache: Von des Julius Cäsar Berührung mit den Germanen an schwirrt eine schier verwirrende Fülle deutscher Stammesnamen durch das erste Jahrtausend n. Chr.; gewaltige Werte der nationalen Erinnerung haften an nicht wenigen von ihnen — Teutonen, Langobarden, Goten, Burgunden — aber alle gehören sie heute der grauen Vergangenheit an, und wir sind uns wohl bewußt, daß umwegige Übertragung im Spiele ist, wenn die Gegenwart ihre Namen für Heutiges wiedererweckt, etwa das Ideal des ‚gotischen Menschen' predigt. Rund ums Jahr 1000 jedoch zeigt uns die deutsche Landkarte im historischen Atlas ein paar Bezeichnungen, die seither fast unveränderte Bedeutung und Geltung behalten haben: es sind die Stämme der Sachsen und Franken, der Bayern und Alemannen (mit den kleineren Verbindungsstreifen der Hessen und Thüringer), in die sich damals wie heute noch Deutschland gliedert. Um diesen Tatbestand in seiner ganzen Tragweite zu würdigen, heißt es sich vergegenwärtigen, was zwischen damals und heute liegt: Der Zerfall des mittelalterlichen Reiches, die Reformation, der Dreißigjährige Krieg, das Aufkommen und der Aufstieg Preußens, die napoleonische Fremdherrschaft, das Aufgehen fast ganz Norddeutschlands in Preußen, die Reichsgründung und nicht zuletzt die ungeheure wirtschaftliche Umwälzung des letzten halben Jahrhunderts mit ihrem unermeßlich dahinflutenden Strom von Binnenwanderung und Wohnsitzverschiebung. Kein zweites Kulturvolk ist im zweiten Jahrtausend christlicher Zeitrechnung so rücksichtslos durcheinandergerüttelt worden wie das deutsche. Wie soll man es fassen, daß nach solchen tausend Jahren noch immer in denselben Heimaten Sachsen und Franken, Bayern und Alemannen hausen?

Hier harrt in der Tat ein völkerpsychologisches Problem von höchster Bedeutung, aber auch von größter Verwicklung seiner Inangriffnahme und Aufhellung. Wir vermögen seinen Kern hier eben nur anzudeuten: unmöglich ist natürlich die Vorstellung, als seien die heutigen Einwohner Hannovers, Westfalens, Holsteins, der Hansestädte — oder der Rheinlande und der fränkischen Kreise Bayerns — oder Altbayerns und der österreichischen Alpenländer — oder der deutschen Schweiz, des elsässischen, badischen, württembergischen Oberlandes, Westtirols — — als seien sie in ihrer Hauptmasse unmittelbare Abstämmlinge jener Sachsen, jener Franken, jener Bayern, jener Alemannen von Anno 1000. Möglich ist allein, daß ein seßhafter Teil jedes dieser Stämme sich die bald tröpfelnde, bald flutende fremde Zuwanderung immer wieder vollkommen ‚assimiliert' hat; zu einem kleineren Teile durch Heirat, zum ausschlaggebenden Teile durch das Einleben in Mundart und Sitte, auf welchem ‚Umgewöhnungswege' die fremden Elemente spätestens in der zweiten Nachkommengeneration den wesentlichen Erscheinungs- und Haltungstyp der neuen Umgebung an sich ausbildeten. Es ist eine der imposantesten Erscheinungen aus dem psychophysischen Kräftespiel des ‚Milieus', der Umwelt, die aus dieser tausendjährigen Selbsterhaltung der deutschen Stämme zu uns spricht, zugleich freilich ein Zeugnis dafür, daß in dieser Stammesgliederung etwas dem deutschen Volkswesen Gemäßes enthalten sein muß — sonst hätte sie nicht die Umwälzungen eines Jahrtausends standhaft überdauern können, während spurlos untergegangen ist, was an Stammesteilung der Deutschen ihr voraufging."

Ich zitiere diese Sätze aus meiner kleinen Abhandlung „Der badische Geist" (veröffentlicht in der Festnummer des Karlsruher Tageblatts zum 60. Geburtstage Großherzogs Friedrichs II.). — Psychopathologisch hat das Stammesseelenproblem erst Anfänge einer Würdigung erfahren (Selbstmordneigung der Obersachsen; Anteil der Schwaben am manisch-depressiven Irresein). Der Krieg hat viele Einzelzüge der Stämme augenfällig gemacht; die Verwertung ist heikel — alle wollen natürlich gleich „tapfer" gewesen sein, ungefähr wie sie im Frieden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alle gleich „bieder" sein wollen. Es stände zu wünschen, daß nach dem Kriege die Heeresverwaltung uns die Erarbeitung objektiver Befunde auf dieser völkerpsychologischen und völkerpathologischen Linie an dem ihr verfügbaren Material gestattete — und daß von dem vielen schönen Gelde, das jetzt für Forschungsaufgaben organisatorisch flüssig gemacht wird, einiges auch für diese Probleme abströmte; denn die Zukunft der Nation ruht weniger denn je einseitig auf Vervollkommnungen der technischen Besitztümer und mehr denn je auf geistigen Selbsterkenntnissen und Selbstbesinnungen, die für ihre Ausrichtung nach den Einsichten der Psychologie rufen. Der nämliche Wunsch umspannt übrigens die sozialpsychologischen Probleme mit, die in unserer nächsten Betrachtung aufgeworfen sind. Wir zweifeln nicht, daß eine im großen Stile angelegte Durchforschung des krankenstatistischen Gesamtmaterials auf die Fragen: Volksstamm und Kriegsneurasthenie — und: Beruf und Kriegsneurasthenie — Antworten zu geben vermöchte, die über unsere heutigen subjektiven und intuitiven „Eindrücke" doch um einiges hinausreichen.

Um nicht mehr als Eindrücke kann es sich auch bei der Verteilung der feldneurasthenischen Erkrankungen auf die **Berufe** handeln. Wir versagen es uns hier, auch nur die Eindrücke zu äußern, da solcher Äußerung starke Berufsempfindlichkeiten im Wege stehen, die nur durch exakte Statistik aufgewogen werden könnten. Die aber dürfen wir erst von der Bearbeitung der Materialien nach dem Kriege erhoffen.

Was die **Lebensalter** anlangt, so wird ein ganz entschiedenes Hervortreten der juvenilen Persönlichkeiten auf der einen, der präsenilen auf der andern Seite im Bilde der Feldneurasthenie sichtbar. Das bedeutet gegenüber dem Friedensbilde eine charakteristische Verschiebung. Denn in diesem dominiert durchaus die Höhe des Mannesalters, die Zeitspanne zwischen 30 und 45 Jahren. Sie liefert weitaus die meisten „Neurastheniker". Gerade dieses Alter aber hat die Zumutungen der Front erstaunlich gut bestanden. Ihnen hat sich weniger gewachsen gezeigt, was bei Kriegsbeginn an der Schwelle der Mitte Vierzig stand oder sie schon überschritten hatte; die neurasthenischen Zusammenbrüche zeigen bei diesen Männern häufig eine Verflechtung mit arteriosklerotischen Symptomen, wenngleich manchmal leichtester Art (allererste Blutdrucküberhöhungen, Andeutungen der Schlafverkehrung — Schlafsucht am Tage, Schlaflosigkeit nachts u. dgl.), sowie mit myokardischen, koronaren oder aortitischen Veränderungen. Ehemalige Lues verwickelt das Bild naturgemäß noch mehr, frühere Exzesse in Alkohol oder Tabak desgleichen. Häufig sind die Menschen dieser Gruppe im Zusammenbruch erstaunlich gealtert; ihr Bild erinnerte mich frappant an jene Krisen des plötzlichen Alterns, die ich in meinem kurz vor dem Kriege gehaltenen Vortrage „Vom Altern und Kränkeln" geschildert habe. Umgekehrt bieten die juvenilen Fälle manchmal ein geradezu „infantiles" Bild. Die mangelnde Ausreifung des ganzen Organismus, mit welcher die 17—19jährigen, viele als Freiwillige, hinausgingen, damals von schöner Begeisterung erfüllt, tritt nun an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allen Ecken und Enden zutage. Sie sind kindlich in ihrer Ratlosigkeit, schuljungenhaft in ihren Ausreden und Übertretungen ärztlicher Gebote; sie wissen mit dem ungeheuren Erlebnis, das sie niedergeworfen hat, noch nichts Rechtes anzufangen; das Pflichtbewußtsein ist vielfach für lange in ihnen zusammengebrochen, da es noch nicht organisch genug entfaltet, anfangs von der Erregung der begeisterten Hingabe aufgepeitscht und dann mehr krampfhaft aufrechterhalten war. Der Tabaknarkotismus richtete in diesen Konstitutionen besonders akute Verwüstungen an, symptomatisch sind sie fast alle mit ausgeprägten Zügen der vasomotorischen Neurose behaftet — Herzneurose, fliegende Röte, Schwitzen; objektiv ist ein besonders häufiger Befund, den ich mit Wagenmann oft durchgesprochen habe, die Erweiterung der Venen im ophthalmoskopischen Bilde, was auf einen ähnlichen Zustand der Hirnblutgefäße Wahrscheinlichkeitsschlüsse zuläßt; sexualneurotische Dinge können das Ganze vervollständigen. Es ist eine in vielem „schwierige" Patientenklasse, bei der pädagogische Maßnahmen oft angebrachter scheinen als medizinische, und die uns, gleich Knospen, die noch vor dem Erblühen ein Frost geschädigt hat, doch innig dauert. Sie werden nach meinem Eindruck zu den gebrochenen und verpfuschten Existenzen aus der Kriegszeit später einen erklecklichen Anteil stellen.

Die Verhältniszahl der Juvenilen zu sämtlichen Neurasthenikern ist bei der Feldneurasthenie sicher größer als bei den neurasthenischen Erkrankungen des Friedens, wenigstens soweit sie zur Kenntnis des Arztes kommen[1]). Freilich müssen wir uns immer sagen, daß viele von den Beschwerden, die jetzt einen Soldaten in militärärztliche Behandlung oder wenigstens Untersuchung führen, unter normalen Lebensverhältnissen durch Ausspannung, Sommerfrische, Ferien, z. T. auch einfach durch Abwarten, Selbstbehandlung, auch durch Pfuscherkuren beseitigt oder gebessert werden, ohne dem Arzte vor Augen zu kommen. Man kann einwenden, daß dies für alle Lebensstufen gelte. Ich möchte aber glauben, daß es doch für das juvenile Alter ganz besonders gilt. Den Knaben mit nervösen Erscheinungen schleppen die Eltern noch oft zum Arzt, den alternden Mann drängt seine Familie, auch wohl die eigene Sorge um die Zukunft zur Konsultation, aber die Jünglinge zwischen 17 und 25 kommen doch nur, wenn besondere Ängste, wie masturbatorische Hypochondrie, Syphilophobie, krankhaftes Erröten u. dgl. sie quälen; ein bißchen Abarbeitung, auch Abgelebtsein (wie es bei flotten Studenten, Kaufleuten usw. vorkommt) wird meist

[1]) Unter 300 feldneurasthenischen Mannschaftsfällen eines einheitlichen Zeitabschnitts (November 15 bis einschl. Februar 16) waren 73, also fast $^1/_4$, unter 25 Jahre alt. In einem Durchschnitt meiner Friedenspraxis von 3 Jahren zähle ich höchstens $^1/_7$ derselben Altersstufe. Am Offiziersmaterial stellt sich das Verhältnis für die Juvenilen eher noch ungünstiger.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Selbstausheilung überlassen. Wenn wir also überhaupt mehr Neurasthenische beim Militär zu sehen bekommen als im Zivil, so dürfte der Zuwachs bei den juvenilen Opfern der Neurasthenisierung doch besonders groß sein. Das erschwert naturgemäß die Schätzung, ob wirklich im Felde mehr Juvenile als im bürgerlichen Leben, im Vergleich zur Zahl der neurasthenisierten Ausgewachsenen, neurasthenisch geworden sind, anders gesagt, ob das Jünglingsalter für die neurasthenisierenden Einwirkungen des Frontdienstes prädilektorisch ist.

Ich glaube das trotzdem. Mich unterstützen darin „deduktive" Erwägungen, eben die Betrachtung des Mißverhältnisses zwischen der noch unausgereiften Psychophysis des jungen Menschen und den an sie herantretenden Anforderungen. Es ist keineswegs so, daß der Mensch um 20 herum seine größte körperliche und seelische Widerstandsfähigkeit besitzt. Die Scheitelkurven dieser Widerstandsfähigkeit laufen für die einzelnen physischen und psychischen Funktionen sehr verschieden. Mit 20 haben wir wahrscheinlich die größte Merkfähigkeit und die größte Gelenkigkeit. Alles Lernen wird in der zweiten Hälfte der zwanziger Jahre schwieriger, alles Turnen, Laufen, Klettern, Spielen ebenso; schon vom 25. Jahre ab sind wir vergeßlicher und steifer. Aber Körper und Geist wachsen erst später immer harmonischer zusammen, und es gibt uns doch zu denken, daß Frithjof Nansen nach seiner Durchquerung Grönlands schrieb, er werde künftig nur noch Männer zwischen 30 und 40 für eine solche Expedition auswählen, denn nur die hätten sich in der „moralischen" Widerstandsfähigkeit gegenüber allen körperlichen und seelischen Zumutungen eines solchen Unternehmens bewährt. Im Felde ist es nach meiner heutigen Erfahrung ganz besonders die Verantwortlichkeit für andere, welcher der Jüngling noch nicht gewachsen ist. Wiederholt habe ich aus juvenilen Feldneurasthenikern herausgebracht, das Aufreibendste für sie sei immer wieder die Befehlserteilung in verantwortungsvollen Situationen gewesen: etwa der Gedanke, Familienväter opfern zu müssen u. dgl. Ein 24jähriger Feldpolizeibeamter, äußerst tüchtig, versagte bald nachdem er Abteilungschef geworden war und dabei Entscheidungen über Menschenleben zu fällen hatte, trotz geringerer Arbeitslast als vorher; im Frontdienst selber hatte er als Untergebener nie seine Kaltblütigkeit verloren. Es gehört zu den lockenden Eigenschaften des Fliegertums, daß es diese Verantwortungen dem einzelnen abbürdet und ihn in der Hauptsache auf sich und seinen Wagemut stellt; darum bewähren sich hierbei die Jünglinge so außerordentlich. Wir kennen ja auch aus dem Frieden die aufreibende Wirkung zu früh erlangter verantwortlicher Stellungen; sie ist bei uns Deutschen besonders naheliegend, weil unsere Erziehung keine rechtzeitige Schulung der Verantwortung für andere kennt (außer der militärischen), im Unterschied von der englischen, die uns darin

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

überlegen ist, und die Verantwortungsfähigkeit für Mitmenschen bei uns erst im Lebensberuf, d. h. bei den führenden Schichten der Nation erst um 30 herum, langsam erworben werden muß.

In der Auffassung der juvenilen Feldneurasthenien als vorwiegender Verantwortungsfolgen bestärkt mich auch die Traumsymptomatik der jungen Feldneurastheniker. Ihre Klage über ununterbrochenes Träumen von Kampfsituationen ist viel ständiger als bei den älteren Kranken; sie träumen ewig von der zersprengten Kompagnie, „alle Leute waren futsch", „ich hatte nur noch einen Mann", „ich habe geträumt, meine drei besten Patrouillengänger seien übergelaufen" (danach in Angstschweiß gebadetes Erwachen) und diese Träumerei trotzt oft am längsten jeder Ausspannung und Behandlung. Der juvenile Mensch träumt ja nun freilich überhaupt mehr und reger als es später der Fall bleibt; namentlich die pavorösen Träume aller Grade sind bei ihm mehr vertreten als im ausgewachsenen Alter. Sein Unbewußtes hat sich eben mit mehr unerledigten moralischen Tagesresten abzuquälen; in der Jünglingspsyche bleibt mehr unbewältigt als in der Mannesseele, die auch moralisch mit den Erlebnissen bewußt fertig zu werden pflegt. Das ist die allgemeinere Erfahrung und Erklärung, der sich die speziellere der juvenilen Unfertigkeit gegenüber den moralischen Frontanforderungen, das juvenile neurasthenische Versagen davor und die Kampfträumerei der juvenilen Feldneurastheniker einordnet.

Manche Jünglinge sind freilich auch schon mit einiger Neurasthenie ins Feld gegangen — aus der Abituriumsvorbereitung, aus masturbatorischen Exzessen, aus etwas wüsten ersten Studentensemestern, einer ersten Liebesenttäuschung oder geschlechtlichen Erkrankung u. dgl. heraus. Aber die **„Vor-Neurasthenie"** ist in einigem Umfange bei allen Lebensaltern dagewesen, im Durchschnitt bei den höheren am stärksten. Es kam hinzu, daß der Krieg am Ende eines Arbeitsjahres (für hunderttausende Männer der höheren Stände), dicht vor den winkenden süddeutschen und westdeutschen großen Ferien, den Gerichtsferien, den meisten Beamtenurlauben ausbrach. Obwohl er, wie schon erörtert, vielen zunächst eine Art Kur größten Stils erschien, in der sie sich ungeahnt zu verjüngen meinten, ist es doch nicht von der Hand zu weisen, daß dieser ungünstige Jahreszeitfaktor (das „Jahr" sozial verstanden) die Neurasthenisierung, zuerst die unbemerkte, beschleunigt hat. Aber es verlohnen sich keine vielen Erörterungen hierüber. Denn die Frage der Vorneurasthenie ist überhaupt nicht einigermaßen exakt zu erfassen. Sie ist gänzlich auf subjektive Aussagen angewiesen und die Aussagewilligkeit des Kranken wie seiner Umgebung bleibt meistens sehr problematisch. Die D. B. legt sich beschattend und verschleiernd darüber! Viele, viele, die sicher schon recht nervenzermürbt vom Leben waren, wollen „kerngesund", „ein bißchen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abgearbeitet, aber das war kaum der Rede wert" u. dgl. gewesen sein, um sich die Feldneurasthenie erst im Felde geholt zu haben. Im ganzen hat ja auch unser Neurasthenie-Zeitalter die ungeheure Nervenprobe über alles Erwarten bestanden, so daß auch von diesem Gesichtspunkte her gesehen die Frage, wieweit die Feldneurasthenie auf dem disponierenden Boden einer Vorneurasthenie gewachsen sei, von keiner großen Wichtigkeit erscheint.

Es sind heute mancherlei Stimmen vernehmbar, die der Auffassung der Neurasthenie als einer Kulturkrankheit des westeuropäischen hochkapitalistischen Zeitalters auf Grund der Kriegserfahrung entgegentreten möchten; der Krieg habe eine unerhörte Nervenstandhaftigkeit der Kulturvölker erwiesen. Jedoch eine solche Widerlegung unterstellt Behauptungen, die nie vertreten worden sind und verkennt gleichzeitig die seelische Tragweite der neurasthenischen Alteration. Gerade wer in der Neurasthenie (oder Nervosität) als Massenerscheinung eine zeitliche Reaktion gewisser Schichten der Kulturmenschheit auf bestimmte Kulturerscheinungen sah, schrieb damit der Neurasthenie, sofern sie als „Volkskrankheit' auftrat, einen verhältnismäßig flüchtigen, eben „reaktiven", mit bestimmten Erlebnissen, welche die zeitliche Umwelt schuf, kommenden und gehenden Wesenscharakter zu; gerade wer im Gegenteil (wie z. B. Moebius) die Neurasthenie als Erscheinungsform ererbter Keimschädigung, als Degenerationskrankheit auslegte, mußte ihre seelisch schädigenden Wirkungen viel düsterer einschätzen. Wir Verfechter der kulturpathologischen oder sozialpathologischen Theorie der Massenneurasthenie haben aus den Symptomen dieser Erkrankung niemals besonders tragische Schlüsse auf die Leistungsfähigkeit der davon befallenen Menschheit abgeleitet; so wenig wie wir die religiöse und künstlerische Produktivität und die ekstatische Ertragungsfähigkeit für Leiden in den kulturhysterischen Zeitaltern jemals bestritten haben. Mein eigener Versuch „Nervosität und Kultur" (1902) bemühte sich ja gerade, die besonderen Leistungen unserer Zeit z. T. aus dessen nervöser seelischer Struktur zu begreifen, und ähnlich sind ja auf geisteswissenschaftlicher Seite Lamprecht und Sombart, denen ich selber wesentliche Anstöße der Betrachtung verdankte, vorgegangen. Nirgends begegne ich der Behauptung, der kulturneurasthenische Mensch werde großen Anforderungen, z. B. kriegerischen, nicht gewachsen sein. Wohl aber haben Autoren wie Hoche gelegentlich richtig betont, daß voraussichtlich die nervöse Struktur nur im kulturellen Rahmen der hohen „Lebenssekurität" gedeihe und durch katastrophale Zumutungen an die Kulturmenschheit sofort weggeblasen sein werde. Das Kriegserlebnis bedeutete eben die gewaltigste „Umstellung" (s. o.), die der neurasthenischen Psyche widerfahren konnte. Die Kriegsneurasthenie ihrerseits bedeutet dann eine ganz neuartige Reaktion (soweit sie überhaupt als reaktive Abnormisierung angesprochen werden kann; darüber s. u.), eine neurasthenische Reaktion auf die spezifischen Kriegserlebnisse, die wir unter den seelischen Ursachen oben geschildert haben — Erlebnisse, auf welche in weitem Umfange bei andersgearteten Naturellen auch hysterische Reaktionen sich eingestellt haben. Zwischen der Kriegsneurasthenie und der Friedensneurasthenie aber lag die Zeitspanne, wo auch die Kulturneurastheniker (die „Reizsamen") sich verjüngt, erfrischt, wie erlöst von den Millionen nichtigen Reizen des modernen Lebens, endlich eingestellt auf ganz große, ganz einfache, heroische Aufgaben primitivster Struktur fühlten: in die sie wie in ein Stahlbad hineintauchten. Ein Versagen vor diesen Aufgaben hätte man nur bei denen vermuten können, deren ursprünglich reaktive Neurasthenie schon „prozessiv" geworden (s. u.) und damit aus einer seelischen Reaktion zu einem physiologischen Zerstörungsprozeß geworden war. Diese Art

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neurastheniker sind denn wohl auch meist nach kurzer krampfhafter Anspannung der letzten Kräfte im Kriege rasch zusammengebrochen. Aber sie waren ja überhaupt eine winzige Minderheit, die für unsere kulturpathologischen Analysen nie eine Rolle gespielt hatte. Übersehen möge man auch nicht, daß ich persönlich ganz besonders streng die Kulturneurasthenie auf die bürgerlichen, und zwar die hochbürgerlichen „Massen" begrenzt habe, die ja neben den ländlichen und den proletarischen Massen verhältnismäßig kleine, wenn auch kulturell entscheidende Schichten darstellen. Und wenn ich in „Nervosität und Kultur" rückwärtsschauend die neurasthenische Kulturreaktion dieser Schichten darstellte, so habe ich schon kaum ein Lustrum danach, in „Nervenleben und Weltanschauung" (1906) die Symptome gesammelt, die auf eine auch für diese Schichten bereits beginnende Überwindung der nervösen Reaktion, auf sich ankündigende Beruhigung und Sammlung der bürgerlichen nervösen Psyche hinweisen. Ich glaube, daß dieser Prozeß fast ein Jahrzehnt danach, als der Krieg kam, schon wieder ein gut Stück weiter gediehen war, so daß der Weltkrieg das hochbürgerliche Geschlecht überhaupt nicht mehr auf der Höhe seiner Kulturneurasthenie überrascht hat. Einiges hierzu wird im theoretischen Abschnitt unten noch zu bemerken sein.

7.

Über die **klinische Entfaltung** der Feldneurasthenie können und mögen nur wenige Worte gesagt sein. Bei aller Vielfältigkeit der genetischen Bilder und unbeschadet einzelner Fälle, in denen der Zusammenbruch, an den sich die Neurasthenie anschließt, anscheinend ohne wesentliche Vorzeichen nach einem katastrophalen Erlebnis eintritt — scheidet sich im ganzen, in der überwältigenden Mehrzahl ihrer Fälle, die Neurasthenie dennoch gerade dadurch von der Hysterie, daß ihr chronischer Zermürbungscharakter, das Langsammahlen ihrer Mühlen, sich von der katastrophalen, blitzartigen Reaktion der Hysterischen aufs bezeichnendste abhebt. Über zwei Drittel aller von mir gesehenen Feldneurasthenien waren schubweise zur Entfaltung gekommen. Schleichend oder im Anschluß an eine umschriebenere Ursache hatten sich diese und jene Symptome eingestellt; ruhigere Zeit, ein Urlaub, ein Frontwechsel, brachte Erleichterung, vielleicht sogar Schwinden; nach Monaten, nach Jahr und Tag kehrten die Beschwerden, meist hartnäckiger und heftiger wieder; Urlaub oder Krankmeldung; Heilung oder Besserung; nach einigen Monaten verstärkter Rückfall, Zusammenbruch. Es ist eintönig immer wieder die gleiche „Geschichte" (im wirklichen Sinne dieses Wortes). Einer meiner Hilfsärzte sagte einmal scherzhaft, er brauche zu der Aufnahme der Anamnese kaum noch den Patienten. Der Rhythmus der stufenförmigen Steigerung, die Länge der Nachlässe, das ist natürlich im Einzelfalle sehr verschiedenartig. Aber nach meiner Zählung finde ich unter 2000 Fällen kaum 50, in denen aus vollem Gesundheitsgefühl heraus plötzlicher Zusammenbruch durch ein reaktionsstarkes Erlebnis herbeigeführt wurde, und diese verteilen sich in der Mehrzahl übers erste Kriegsjahr. Solche Zusammenbrüche sind eben meist nicht in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neurasthenischen, sondern in hysterischen und hysteroiden Formen erfolgt.

Der Punkt, von dem ab „es nicht mehr geht", wird natürlich durch manche äußerliche Faktoren mitbestimmt; in ruhigen Zeiten schleppt sich auch der recht Neurasthenische immer noch erträglich weiter; gegenüber starken Anforderungen — schwere Schlacht, große Vormärsche, hochgesteigerte Ausbildungsarbeit, verantwortungsvoller Posten überhaupt — wird seine Lage kritisch, schließlich unhaltbar. Aber jede Neurasthenie hat außerdem ihren „innern" kritischen Wendepunkt. Er liegt dort, wo die reaktive Abnormität prozessiv[1]) wird — wo die abnorme Reaktion der Psyche beginnt, die eigentlich physiologische Struktur des Organismus zu alterieren. Bis dahin schwankt das Befinden, trotz mancher episodischen Spontanoszillationen, doch in der Hauptsache mit den Erlebnissen; je nachdem ist die Stimmung gereizt oder besser, sind die Nächte traumgequält oder ruhig, ist auch das Aussehen leidend, gespannt, erregt, oder unauffällig, selbst blühend. Mit einem Male beginnt eine rapide Verschlechterung: nichts vermag die gedrückte, ängstliche, erregte Gemütsverfassung mehr zu mildern, im Gegenteil, jeder Versuch hierzu wirkt durch den Kontrast eher steigernd; der Schlaf versagt völlig; die Haut wird welk, fahl, unter den Augen liegen tiefe Schatten, alle Funktionen versagen — Gedächtnis, Potenz, Schrift, Aufmerksamkeit, Appetit, Herzkraft; fast immer — man kann darin geradezu das Signal der Prozessivität erblicken! — erfährt das Körpergewicht einen raschen, unaufhaltsamen Rückgang, einen ausgesprochenen „Gewichtssturz"; die Abmagerung beträgt nun in Wochen vielleicht ebensoviel wie vorher in Monaten. Es ist die Wendung, die in jeder reaktiven Abnormität das Vorhandensein von „Krankheit" nun auch der Umgebung des Kranken einleuchtend macht; von da ab heißt es, er müsse etwas für sich tun, es gehe nicht so weiter, auch im Felde drängt nun oft der Kommandeur oder der Truppenarzt den Patienten zu Urlaub oder Krankmeldung; bis dahin hieß es ja in der Regel, er lasse sich gehen, müsse sich mehr beherrschen, wurde an die „Energie" appelliert, die „Einbildung" bezichtigt, „nervös sei schließlich jeder" usw. Die prozessive Neurasthenie imponiert als Leiden, die reaktive erschien gewöhnlich als Laune, Stimmungssache, Charakterschwäche, unglückliches Temperament, vielleicht Pose, Mache. Mit der prozessiven gibt es, im Kriege wie im Frieden, kein langes Weiterschleppen mehr, sie treibt eilig auf den Zusammenbruch zu.

Zur theoretischen Klarstellung: Die reizbare Schwäche des Nervensystems kann auch von Anbeginn ihrer Entwicklung an prozessiv sein. Das ist z. B.

[1]) Näheres hierüber in meiner Untersuchung „Die Kategorien der seelischen Abnormisierung", Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **43**, Heft 2, S. 95—122. 1918.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die reine „nervöse" Erschöpfung, wie sie nach Nachtwachen, Blutverlusten. Gewichtsverlusten durch körperliche Krankheit (z. B. Ruhr!) oder durch forcierte Entfettung, Überarbeitung (z. B. für Examina) oder Überanstrengung (z. B. Hochtouren, Sportsleistungen, Märsche, Hunger u. dgl.) eintritt. Die seelischen Neurastheniesymptome sind dabei wirklich nur Symptomatik, etwa wie die Phantasmen des Fieberzustandes. Der Zusammenbruch vollzieht sich in der Regel rasch. Aber die nervösen Erschöpfungen machen eben nur einen kleinen Teil — nur im Bewegungskriege einen verhältnismäßig großen — der Kriegsneurasthenien aus (s. o.). Der größere Teil beginnt als Erlebensreaktion ausgesprochen seelisch. Je länger diese Reaktion fortdauert, je öfter sie im Einzelakt der Psyche zugemutet wird, je weiter sie innerhalb der psychischen Reaktivität überhaupt um sich greift (der Neurastheniker, der anfangs nur in bestimmten Dingen reizbar war, wird es schließlich für alles und jedes), desto mehr erschüttert sie die physischen Grundlagen in ihrem Innersten, bis sie eben in einen raschen Zusammenbruch dieser Grundlagen umkippt. Hier geht der Erschöpfungsprozeß aus dem Organismus selber hervor, Erschöpfung tritt ein durch chronische Überreizung; dort kam er sozusagen von außen, es wurden dem Organismus die notwendigen physiologischen Anbaumöglichkeiten entzogen, und Überreizung trat ein (neben anderen Symptomen) durch Erschöpfung. Natürlich wirkt manchmal auch beides ineinander; aber oft genug, ja praktisch wohl meistens wiegt doch der eine oder der andere Hergang so entschieden vor, daß aus ihm das Wesentliche der Erkrankungsentwicklung verstanden werden muß.

Dieser kritische Punkt in der Pathogenese der Neurasthenie, und auch der Feldneurasthenie, ist zugleich der wichtigste Zeiger für ihr *Prognose* und in weitgehendem Maße richtunggebend für ihre *Therapie*.

Die Prognose jeder Neurasthenie ist so weit gut, daß niemand an diesem Leiden zu sterben pflegt. So tief der neurasthenische Zustand das Leben verdüstern kann — er bedroht es nicht. Selbstmorde aus reiner Neurasthenie scheinen mir so gut wie unbewiesen; natürlich darf man nicht das Taedium vitae als pathognostisch gegen Neurasthenie festlegen, aber wo es ernstlich wird, dort habe ich noch immer den typisch depressiven Leidenscharakter mit Hemmung, Leere, absurder Hypochondrie oder mit gemischt-manischen Einschüssen nachweisen können. Oder es spielt, im Rückbildungsalter, die beginnende Arteriosklerose hinein. Daß die überhaupt durch langwährende reizbare Schwäche des Nervensystems, namentlich durch die Syndrome der vasomotorischen Neurose, begünstigt werden kann, soll gar nicht geleugnet werden. Um die 50 herum habe ich auch viele Feldneurastheniker gesehen, deren Zustand gerade auf der Grenze zwischen Neurasthenie und Arteriosklerose stand: was dominierte, wird vielleicht erst in Jahren erkennbar, wenn der grenzwertige oder erhöhte Blutdruck sich nicht zurückbildet, die Schlafumkehrung hartnäckig fortbesteht, die Vergeßlichkeit auch der Umgebung auffällt (dann ist nämlich Arteriosklerose da). Und insofern mag die Neurasthenie mittelbar auch einmal lebenverkürzend wirken. Aber an und für sich tut sie das nicht. Es gibt recht alte Neurastheniker, und gar nicht so wenige.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Etwas anderes ist es, daß die Neurasthenie sich nicht selten mit jenen Rucken oder Stößen des Alterns vergesellschaftet, die wir als spontane (biologische) Lebenskrisen auffassen müssen und die häufig unter der Verkleidung, wenn ich so sagen darf, einer Monate oder Jahr und Tag währenden reizbaren Nervenschwäche verlaufen, um dann in völlige, aber sichtlich gealterte Gesundheit auszuklingen[1]). Es gibt aber auch reaktiv entstandene Neurasthenien, nach denen der Mensch gesundet, jedoch sichtlich ein viel Älterer geworden ist: Erlebniskämpfe, in denen wir schneller reifen, aber auch schneller altern. Jedoch ist von beiden Gruppen her eine Lebensverkürzung nicht bekannt. Das Altern des Kulturmenschen hat mit Todesnähe recht wenig zu tun.

Zweifelhafter ist für alle Neurasthenie die Wiederherstellungsprognose. Viele Neurastheniker gesunden restlos. Manche gehen, wie gesagt, gealtert aus der neurasthenischen Krise hervor. Manche davon in dem Sinne, daß sie überhaupt „wackliger" geworden sind; sie haben einen dauernden „Knacks" weg — für wacklig sagt unsere Fachsprache: labil. Namentlich erscheinen häufig die dynamischen Eigenschaften des Seelenlebens, z. B. Übung und Ermüdung, für immer beeinflußt. Diese Nachwirkung eignet am stärksten der prozessiv gewordenen Neurasthenie. Ich möchte hier einmal aufs entschiedenste darauf hinweisen, daß die übliche gute Prognose der reinen Erschöpfungen höchst bedingt ist. Gewiß, je rascher, je akuter sich eine nervöse Erschöpfung bei einem vordem ganz nervenfesten Menschen eingestellt hat, desto rascher kann sie durch Ruhe und Kräftigung wieder überwunden werden. Das rasche Genesungsbild täuscht aber sehr oft insofern, als es nur „relativ" ist: aus dem tiefen Erschöpfungszustande erholt sich der Organismus überraschend schnell. Aber wie gründlich? Viele erschöpft Gewesene spüren nach Jahr und Tag mit einem Male, daß sie sich erholt wähnten und doch nicht mehr „die alten" sind. Dies wird um so ausgeprägter, je mehr der Zusammenbruch nicht aus der blühenden Gesundheit heraus, sondern als prozessive Wendung einer schon länger bestehenden reaktiven reizbaren Schwäche erfolgte. Jede reaktive Neurasthenie ist prognostisch günstig, sofern es gelingt, die neurasthenisierenden Erlebnisse für geraume Weile oder auf die Dauer auszuschalten. Es sind die berühmten Ausspannungen von Tagen oder Wochen, die dem so gearteten Berufsneurastheniker für Jahr und Tag seine Frische zurückgeben: desto gewisser, je vollständiger er sich vom Beruf loszulösen vermochte. Neurasthenische Opfer unglücklicher Ehen kann man, nachdem sie ihre Scheidung durchgekämpft oder sich aufs neue verheiratet haben, in Wochen geradezu verblüffend aufblühen sehen; ähnlich gebrochene Witwer, die eine neue Lebensgefährtin finden. Die prozessive Wendung trübt unter allen Umständen

[1]) Ausführlich habe ich davon in meinem Vortrag auf der südwestdeutschen Irrenärzteversammlung 1913 in Karlsruhe („Vom Altern und Kränkeln") gehandelt; nicht im Druck erschienen, an den üblichen Stellen referiert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Prognose der Neurasthenie. Wer erst wirklich zusammengebrochen ist, von dem läßt sich immer nur mit Vorsicht sagen, wieweit er wieder hergestellt werden wird. Das gilt in vollem Umfange auch für die Feldneurasthenie.

Und es wird noch unterstrichen durch die Begrenzung unserer therapeutischen Hilfen, die der Krieg uns auferlegt.

Gegenüber der rein reaktiven Neurasthenie (z. B. jener aus seelischer Reibung mit schwierigen Dienstverhältnissen) haben wir das Kurmittel des Reizwechsels bis zur dauernden Ausschaltung des krankheitschuldigen Reizes hin. Derlei erleichtert uns der Krieg in vieler Hinsicht! Die Versetzung in eine neue Dienststelle ist innerhalb des Heeresorganismus viel leichter zu bewerkstelligen als etwa innerhalb des Beamtenapparates im Frieden. Ich habe auch, bei entschiedenem ärztlichem Eintreten, den „Militarismus" zu solchen Dingen fast immer weitherzig und einsichtsvoll gefunden. Schwieriger steht es natürlich mit ethischen Anschauungen oder ästhetischen Empfindsamkeiten, die sich am Heeresbetrieb, am Kriege, am „Amtieren" überhaupt stoßen. Da sind die Reibungsflächen schwer aus der Welt zu schaffen; die beste Therapie wäre meistens die Aufhebung der Mobilmachungsbestimmung. Freilich kann sie aus begreiflichen Gründen nicht gar zu weitherzig empfohlen werden. Schwierig liegen die Dinge auch, wo wirtschaftliche Kümmernisse, familiäre Sorgen, zerstörte Laufbahn u. dgl. ständig im Hintergrunde des Bewußtseins lauern, eigentlich „überwertig", d. h. wert im vordersten Vordergrunde alles Denkens und Fühlens zu stehen, und doch durch die Pflicht der Situation vor dem Feinde immer wieder „verdrängt" (im schlichtesten Wortsinne): wie soll man da helfen! Ein paar Wochen Urlaub, ein paar Monate Garnisondienst in der Heimat möchten dabei manches rasch bessern, das allen „Kuren" im Lazarett trotzt. (Durch rechtzeitigen Urlaub hätte sich so manche Lazarettbehandlung, die dann das Mehrfache an Zeit beanspruchte und dank der unbewußten passiven Resistenz des einmal Verärgerten schließlich noch für lange Monate in G.-V.- statt in K.-V.-Fähigkeit ausmündete, ersparen lassen.)

Was uns aber der Krieg leider erschwert hat, ist die Behandlung der einfachen Erschöpfungssymptome. Ruhe zwar kann bei gutem Willen überall geschaffen werden; Überernährung jedoch, in raschen umfangreichen Körpergewichtszunahmen sich ausdrückend, ist so gut wie unmöglich, ist selbst unter sehr günstigen örtlichen Verhältnissen, die doch ein Zufall sind, mit der Friedensgepflogenheit nicht vergleichbar. Das trübt die Wiederherstellungsprognose aller prozessiv gewordenen Feldneurasthenien beträchtlich.

Aber vergessen wir auch nicht, daß diese Wiederherstellungsprognose überhaupt im Kriege einen grundsätzlich anderen Inhalt hat als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Frieden! Im Frieden gilt die Wiederherstellung fürs Berufsleben; den zusammengebrochenen Neurastheniker wieder berufsfähig zu machen ist meist das oberste Ziel. Den Beruf ersetzt heute die Dienstfähigkeit, und zwar der Regel nach die Felddienstfähigkeit. Es bedarf nicht vieler Worte um nahezulegen, daß für solche ärztliche Leistung entscheidende Hilfen des Kranken, die dort wirksam sind, ausbleiben müssen. Wir haben hier den potenzierten Fall des durchschnittlichen Lohnarbeiters, von dem ich früher schon einmal nachzuweisen versucht habe, daß sein Berufsinhalt nicht lockend genug sei, um ihm gegenüber der Unfallneurose eine Stütze zu sein[1]). Auch im tapfersten Volke hieße es Übermenschliches erwarten, wollte man vom zusammenbrechenden Feldneurastheniker eine unwiderstehliche Sehnsucht nach dem Schützengraben erwarten.

Und trotzdem ist auch in dieser Ausrichtung die Prognose der Kriegsneurasthenie überraschend günstig, namentlich im Gegensatz zu allen hysterischen Formen der Kriegsneurose. Die innere Geradlinigkeit der Neurasthenie bewährt sich auch da; der Neurastheniker leidet in der Hauptsache doch so ehrlich und bewußt unter seiner Erkrankung, daß er glücklich ist, sie so bald wie möglich wieder loszuwerden. Er hat wirklichen Genesungswillen. Es ist hier besonders schwer, Zahlen anzuführen, aber die gute Hälfte der Kriegsneurastheniker bietet eine sichere „K.-V.-Prognose". Die Kriegshysteriker dagegen sind bekanntlich für die Kriegsverwendungsfähigkeit verloren. Rechnen wir hinzu, wieviele hochintelligente, zur Führung bestimmte Elemente unser Neurastheniker-material enthält, so erscheint es doppelt wichtig, die gute Prognose nun auch in vollem Umfange zu realisieren — therapeutisch alles aufzubieten, um jeden Kriegsneurastheniker der Gesundung, deren er fähig ist, wieder zuzuführen.

Dazu mögen wir uns aller Mittel bedienen, die den Heilschatz der Neurasthenie auch in Friedenszeiten ausmachen und hier nicht darzustellen sind. Mit manchen hapert es durch die Schuld von Kriegsumständen: leider mit einem sehr wesentlichen darunter, der Ernährung. Mastkuren, die vielen Erschöpften oder Überreizten rasch wieder auf die Beine helfen würden und die vor allem die Grundlage der Behandlung prozessiv gewordener Neurasthenien zu sein pflegen, kann die belagerte Festung, die sich Deutsches Reich oder gar Vierbund nennt, sich nicht mehr leisten. Wir wollen hier keine Wehklagen anstimmen; daß in der Organisierung dessen, was dennoch da ist, vor allem auch in der Zuführung mancher Überschüsse ländlicher, verbündeter und okkupierter Gegenden an die Lazarette mancherlei besser sein könnte, wird jeder bestätigen. Wer in dieser Hinsicht glücklich gebettet ist,

[1]) Hellpach, Unfallneurosen und Arbeitsfreude. Neurol. Centralbl. **13**. 1906.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird auch seinen Feldneurasthenikern rascher helfen können. Erörterungsbedürftiger sind ein paar andere Fragen.

Der frische Feldneurastheniker bedarf der Ruhe. Die aber findet er gewiß nicht, wo mehr oder weniger fernes Trommelfeuer, Fliegeralarm und -angriffe ihn beständig den tobenden Krieg vor Augen halten. Ich habe darum die Genesungsstätten dicht hinter der Front von Anfang an verworfen, außer für die harmlosesten Erholungszwecke; wer nur einmal echtes Ruhequartier ohne Befehlsüberraschungen haben, aus „der Schweinerei", „dem Dicksten" heraus sein möchte, der mag dort finden, was ihm dienen kann. Der eigentlich neurasthenisch Erkrankte findet es nie und nimmer. Ich habe selber einige Wochen lang in einem solchen Heim gearztet und weiß, wie wenig er es findet, solange die Schlacht ihre akustischen und aviatischen Ausläufer zu ihm entsendet, mag sonst alles — Natur, Einrichtung, Verpflegung — aufs vortrefflichste bestellt sein. Der Reizwechsel ist ja ein Hauptstück aller Neurastheniebehandlung, auch sonst; was gar überreizend gewirkt hat, muß eine Zeitlang restlos ausgeschaltet werden. Wie ich im Frieden den neurasthenischen Kaufmann nicht hochbringe, den ich nicht mit unbeugsamem Entschluß seinen Geschäften entrücke, so im Kriege nicht den Feldneurastheniker, den ich nicht aus dem Bereich der Kriegshandlungen heraushole.

Der Feldneurastheniker bedarf des Arztes. Er bedarf seiner, gerade weil es um tunlichst rasche Gesundung geht; ist doch im Kriege, Zeit nicht bloß Geld, sondern gewissermaßen Sieg! Höchste Ökonomie der therapeutischen Dynamik tut not. Es soll so wenig wie möglich herumprobiert, sofort zielklar behandelt werden. Der Kranke empfindet freilich oft als die Hauptsache, daß man ihn „einmal ganz in Ruhe lasse". Aber dies Verfahren, etwa in Gestalt wochenlanger Urlaube, planlosen Bäder- oder Sommerfrischenaufenthalts, hat sich gar nicht bewährt. In der Ausspannung, man kennt das ja, „kommt die Nervosität erst richtig heraus". Dieses Stadium des entspannten Sich-Fallenlassens muß vor aller Genesung durchlaufen werden, aber der Kranke darf nicht darin versinken und versumpfen. Schon gar nicht im Kriege, wo (es bedarf keiner Worte darüber) die Versuchung dazu stärker ist als im Frieden. Eben um diese Versuchung in ihren gefährlichsten Erscheinungsformen fernzuhalten, hat man sich ja für die frontnahen Erholungsstätten eingesetzt. Sie kann meines Erachtens auch ferngehalten werden, ohne daß man die Genesungshindernisse der Frontnähe in Kauf nehmen muß. Feldneurastheniker sind lazarettbedürftig. Sie gehören in fachärztliche Hände und in deren strenge therapeutische Disziplin. Nur der kundige Arzt vermag ihnen über das Stadium des Entspannungszusammenbruchs, der ja in die zweite, dritte Woche nach der Krankmeldung zu fallen pflegt, rasch und sicher

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hinwegzuhelfen. Noch heute kommen uns chronische Lazarettgäste in die Hände, die im ersten und zweiten Kriegsjahre dauernd verpfuscht worden sind, weil man sie ohne ärztlichen Beistand in jenem Zusammenfallen sich überließ.

Neben dem Prozessivwerden und dem Versumpfen in der Entspannungsphase bedroht den einfachen Feldneurastheniker noch eine Gefahr, und diese nun vom Lazarett her: die Hysterisierung. Sie ist symptomatisch nicht gar so tragisch zu nehmen, wir besitzen heute Methoden, die gar mit einer sekundären Hysterie symptomatisch leichtes Spiel haben; aber das Verhängnisvolle an ihr ist die Willensvergiftung. Mit der Hysterisierung ist die geradlinige Genesungsbereitschaft der echten Neurasthenie gefährdet. Das Bedenkliche des „psychogenen Mechanismus", d. h. der psychophysischen Fertigkeit Krankheitserscheinungen zu machen (nicht nachzumachen, wie der Simulant), krank zu werden, sobald man (unbewußt oder auch bewußt) will, liegt in der Fortwirkung aufs Wollen, nicht in der symptomatischen Konstellation. Die einzelne Lähmung ist rasch behoben. Aber der korrumpierte Charakter bleibt gewöhnlich: die Permanenz des Krankwerden-wollens, die Zerrüttung des „Gesundheitswillens", die spezifische Schamlosigkeit der Hysterie, das Wohlgefallen am Krankseinkönnen, das Spielen damit. Das ist die schlimmste psychische Infektion, die der Feldneurastheniker akquirieren kann, denn sie scheidet ihn aus der günstigen Prognose aus, mindestens aus der militärärztlich günstigen. Sie macht ihn zum G.-V.- und A.-V.-Kandidaten. Und da man bei keiner Hysterisierung weiß, wo sie endet, so ist auch die Weiterwirkung ins bürgerliche Leben hinein nicht zu übersehen. Schon jetzt kennen wir einzelne Fälle, die auch, für Jahr und Tag als g.-v. erklärt, im bürgerlichen Arbeitsdasein, für das sie angefordert wurden, versagen zu müssen glaubten: irgendeine ihrer unbewußten (oder auch bewußten) Selbstsicherungen trat so oder so in Funktion. Darum habe ich schon seit 1915 in allen dienstlichen Beratungen und 1917 auch öffentlich[1]) grundsätzliche Trennung der Feldneurastheniker von allen hysterischen Nervenpatienten gefordert. Im wesentlichen hat sich die Einsicht und die Berechtigung dieser Forderung auch durchgesetzt. (Sie ist ja eigentlich auch nur eine Teileinsicht in die charakterverderbende Macht der hysterischen Manifestation — ihr Seitenstück findet sich in dem Prinzip, den Hysterischen selber vor sich durch möglichst rasche symptomatische Heilung zu schützen.)

Sollen wir noch von Einzelheiten der Behandlung reden? Ich möchte nur soviel andeuten: bei der Notwendigkeit einer sehr konzentrierten ärztlichen Führung wird der Arzt sich eher vor Hypopragmasie hüten

[1]) Med. Klin., 1917, Heft 48: Therapeutische Differenzierung der Kriegsnervenkranken.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen als vor dem Gegenteil; um so mehr, als auch hier öfters die Faktoren hereinspielen, die den Kriegsneurastheniker — anders als es im Frieden zu sein pflegt — der Behandlung sich einigermaßen zu entziehen bestimmen. Sonst gibt es natürlich keine allgemein verbindlichen Regeln, die über die bekannten hinausgingen. Nur in Sachen des Narkotismus, dieser wichtigen Teilursache vieler Feldneurasthenisierungen, muß Unerbittlichkeit gefordert werden. Ich rechne mich sonst nicht zu den Fanatikern irgendeiner Abstinenz, aber das Geheimnis so mancher Symptombeseitigung, die nicht gelingen will, liegt in einem konzedierten Stimulans; namentlich im Tabak. Der Arzt wird dabei sehr oft getäuscht. Narcoticus semper mendax! Für das Morphin, das bei den Feldmedizinern seine Rolle spielt, bedarf das kaum der Unterstreichung.

Die kausale Therapie ist natürlich sehr begrenzt; ihr Hauptstück würde ja der Friede sein. Jedoch, es läßt sich noch so vieles tun, was dem Patienten und der Sache zugute kommt. Wer seine Kranken ruhig anhört und sich vertrauensvoll mit ihnen zu besprechen weiß, der wird unbegründete Ansinnen entschieden abweisen, aber begründete Wünsche ebenso oft gut und gerne befürworten können. Namentlich die Teilursache der seelischen Reibung will manchmal recht gründlich aufgedeckt und durchspürt sein. Da läßt sich oft Abhilfe schaffen, und nach meiner Erfahrung sind die Mehrzahl der militärischen Stellen sachlich begründeten Vorschlägen durchaus zugänglich, so unbeugsam sie sich dem Ansturm rein privater Wünsche verschließen müssen. Je ausgesprochener reaktiv die Feldneurasthenie ist, desto gründlicher wollen diese Umstände auch beim Abschluß der Behandlung erwogen sein. Ein Urlaub (nie zu lang!), ein Kommando, eine Ablösung, eine Versetzung, eine Auszeichnung oder Beförderung, eine Reklamation auf Frist im rechten Augenblick hätte manche Feldneurasthenie verhüten oder mildern können und vermag mancher erst die endgültige Genesung zu sichern. Hier kann die menschliche Kunst des Arztes innerhalb eines Systems starrer Gebundenheit ihre schönsten Wirkungen entfalten.

Mit aller Zurückhaltung möchte ich es wagen, die prognostisch-therapeutischen Ausführungen mit einer ätiologischen Differenzierung abzuschließen. Vorwiegend gut, im rein ärztlichen wie im militärärztlichen Sinne, für Erholbarkeit und Verwendbarkeit, sind die Feldneurasthenien, die auf reine Erschöpfung, auf Narkotismus der Jugendlichen und auf seelische Spannungsmomente zurückzuführen sind. Dubiöser schon ist in seiner Tragweite das seelische Einzelerlebnis — nach Verschüttungen, sehr schweren psychischen Shocks u. dgl. sieht man oft überhaupt keine völlige Wiedererholung, oder doch erst nach sehr langer Bemühung — sowie die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seelische Reibung; militärärztlich schlecht prognostizieren sich jene Fälle von Reibungsneurasthenie, in denen sich ans Paranoide erinnernde Einstellungen gegen alles Militärische, Vorgesetztentum, Schreibwerk usw. entwickelt haben — in ihnen bleibt oft nichts als die zeitweilige D.-U.-Erklärung übrig, aber im bürgerlichen Milieu beruhigen sie sich rasch. Prognostisch ungünstig sind alte Narkotismen mit endlichem neurasthenischem Zusammenbruch (z. B. alte Alkoholiker) und die schweren Kommotionen, die hier genau wie im Frieden oftmals für Jahre den bekannten nervösen „Knacks" setzen, der aller eigentlichen Therapie trotzt und nur von der Zeit Heilung erwarten kann.

Niemals sollte vergessen werden, daß die Prognose und Therapie der Neurasthenie eine schwere und verwickelte Angelegenheit ist. Und darum, wenn der Feldneurastheniker den Arzt braucht, wie ich oben sagte, so braucht er überdies den geschulten, erfahrenen und gereiften Arzt. Die Hysterien mag ein junger Draufgänger, dem kritische Erfahrung noch nichts vom beneidenswerten Zutrauen zu sich selber genommen hat, niederringen, niederstürmen können. Aber die Neurasthenie sucht desto mehr, je mehr seelisch sie verursacht ist, Vertrauen und Führung, sie bedarf jener Mischung von Überlegenheit und Einfühlung, zu der nur das Leben schult.

7.

Es gibt auch eine *Heimatsform der Kriegsneurasthenie.* Ich würde nicht wagen, sie in diesen Darstellungsversuch einzubeziehen, wenn sie mir bloß im „Eindruck" aus Gespräch und Gejammer des Alltags erschienen wäre. Aber seit 1916 war mir die Möglichkeit gegeben, wenigstens ein Bruchstück meiner nervenärztlichen Privatpraxis wiederauszuüben. In diesen zweieinhalb Jahren sind etliche hundert bürgerliche Neurastheniker durch mein Sprechzimmer gegangen; ergänzt durch die Eindrücke des sozialen Lebens im Beruf, der Geselligkeit, auf Reisen und im Gasthof, mögen sie einen „Anhang" über dieses Nebenthema rechtfertigen. Er soll möglichst knapp gefaßt sein.

Als Ursachen für eine Neurasthenisierung, die übers Maß der im Frieden beobachteten hinausgeht (sowohl was den Kreis der Heimgesuchten als auch was die Intensität betrifft) sind eine körperliche und vier seelische sichtbar; dazwischen liegt eine, die körperlich und seelisch zugleich ist.

1. Unterernährung,
2. Erholungsmangel,
3. seelische Spannung,
4. seelisches Einzelerlebnis,
5. seelische Reibung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Ursachen 1 und 2 sind die allgemeinsten. Daß die Deutschen mangelhafter ernährt sind als im Frieden, bedarf keines Beweises. In der Klasse, die zu 50% meine Klientel bildet, im beamteten und angestellten Mittelstande, ist während langer Kriegszeiten die Unterernährung sehr ausgesprochen gewesen. Schmales Einkommen bei zunehmender Teuerung und großer Loyalität haben hier die Selbsthilfen, zu denen andere Schichten sehr bald griffen, am längsten gehemmt. Es traten viele umfängliche und rasche Gewichtsverluste ein; mir sind welche bis zu 35 kg vorgekommen, 10—15 kg sind Alltäglichkeiten. Zahlreiche Menschen, besonders Männer, sahen gealtert, welk, blaß, leidend aus. Der Fettmangel wurde von allen geistig Arbeitenden übereinstimmend als besonders peinlich empfunden, mehr als die Fleischknappheit und die zeitweiligen Brotkalamitäten. Der Alkohol hat vielfach, namentlich in Süddeutschland, seine Mission als Fettsparer bewähren müssen; trotz der phantastischen Preise trinkt der Mittelstand z. T. mehr Wein denn je, wie man täglich beobachten kann und zahlreiche Patienten mir offen einräumten. (Auch an mir selber habe ich öfters ein ausgesprochenes Weinbedürfnis bemerkt, das ich im Frieden nicht kenne.) Nach Krankheiten, besonders Darmkatarrhen, war der erlittene Kräfteabfall nur sehr schwierig, oft gar nicht ausgleichbar; danach ist viel mehr Neurasthenie aufgetreten, als im Frieden.

Manche Menschen arbeiten mehr, aber viele freilich auch weniger als sonst. Überarbeit läßt sich also nicht unter die typischen Ursachen der Heimatsneurasthenie einsetzen. Doch sind allgemein die Erholungsmöglichkeiten beschnitten: das Reisen ist, auch auf kurzen Strecken, alles andere als ein Vergnügen, die häusliche Geselligkeit hat fast aufgehört, im Wirtshaus geben die rohen Tische, das spärlichere Licht, von Speise und Trank nicht zu reden, einen Hauch von Ungastlichkeit; Sorge und Trauer legen sich für Millionen Menschen über die Stunden der Muße. Vor allem gebricht es an jener Entspannung, die den Kern aller seelischen Erholung ausmacht.

Denn die ständige Kriegsspannung läßt sich nicht beseitigen; es ist alles, wenn berufliche Konzentration von ihr für Stunden abzulenken vermag. „Um 4 Uhr nachmittags," erzählte mir ein stiller, verhältnismäßig recht kriegsferner Gelehrter, „wo sonst meine beste Arbeitsphase des Tages anhob, behagliche Gesammeltheit wie von selber mich durchströmte, beginnt jetzt das unruhige Warten: auf den Heeresbericht! Kommt er endlich, so löst er entweder fiebernde Freude, oder bange Sorge, oder lähmende Unbefriedigung aus." Ein anderer, der zum Geschlecht der Frühschläfer gehörte, wacht jetzt oft schon um 7 Uhr mit dem Gedanken auf: „Ob wohl die Zeitung schon da ist?" Wir kennen ja alle Ähnliches. Und ebenso warten wir von einer Feldpost zur andern, in jeder Begegnung vibrieren die wechselseitigen Fra-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gen: wie es wohl enden wird? wann? was wohl noch geplant sei? Dabei sind diejenigen noch die Glücklichen, die der Spannung fähig sind. Eine Mutter, die ihre drei Söhne opfern mußte, sagte: „Wie wenig habe ich mir das Glück der Zeit geschätzt, da ich mich noch um die Jungens sorgen konnte!" Gerade daß die Heimat jene totale seelische Umstellung nicht erlebt, die draußen von jedem Besitz ergreift — daß sie die spannungsvolle Anteilnahme am Krieg in der Verflechtung des alltäglichen Tuns und Treibens auf sich nehmen muß, macht ihr diese Spannung zu etwas besonders Peinlichem, Erregendem, Quälendem, das mit der sonstigen Alltäglichkeit in einer Art ständiger Reibung lebt.

Der Reibung gibt es auch sonst mehr als je. Sie ist z. B. schon selber eine Zweitwirkung der allgemeinen nervösen Reizbarkeit, aber zum andern Teil ist sie auch das Ergebnis von tausend neuartigen, meist unbequemen Beziehungen, die durch die Kriegsnöte hergestellt wurden. Ersatzpersonal, Weiblichkeit und Jugendliche, Beamtentum, das keines ist, Verordnungen, die niemand genau kennt und jeder anders auslegt, wechselseitiges Mißtrauen, Übervorteilungen, Mißgunst, völlige Verkehrung uralter sozialer Distanzen, unerhört neue Abhängigkeit, manchmal demütigender Art; das alles macht ja die allstündliche kleine und kleinste Kriegsmisere aus, die den von der Front zur Heimat Zurückkehrenden so zu beelenden pflegt, weil sie an sich so ungeheuer kleinlich und gleichgültig erscheint und nur begreiflich in ihren Wirkungen wird, wenn sie in langer eintöniger Fortdauer hingenommen werden muß.

Daneben aber sind Hunderttausende niedergeworfen durch seelisches Einzelerlebnis: mag es der Verlust des Gatten, der Söhne, Brüder, mag es die Zerrüttung der Ehe durch Untreue des abwesenden Teiles oder der Zusammenbruch der wirtschaftlichen Existenz sein. Zwar wissen wir, daß katastrophales Erleben an und für sich nicht oft eigentlich neurasthenisierend wirkt. Aber indem es den Schlaf und den Appetit raubt, indem es den Beruf zur gewaltsam erzwungenen Spannung überschraubt, um beiseitegeschoben zu werden, mündet die starke, zunächst jedoch im normalen Bereich schwingende seelische Reaktion, die es auslöst, oft genug allmählich in die neurasthenische Linie aus. Desto mehr, je alltäglicher der Krieg wurde; damit ging das natürliche Heldentum der Heimat, das in den ersten Monaten der gewaltigen Erregtheit über die schwersten Verluste fortgeholfen hatte, den durchschnittlichen Gemütern immer mehr verloren, um wieder der alltäglichen Reaktion auf Unglück, dem Hadern mit der Grausamkeit des Schicksals, Platz zu machen. Unwiederbringliche Verluste aber sind nur mit Fassung zu bestehen, wenn ihnen ein Sinn unterstellt werden kann. Sie wirken zermürbend, wo sie sinnlos erscheinen. Die Ergebung in den Krieg hat sich von Jahr zu Jahr mehr aus einer teleologischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in eine kausale gewandelt: die große Prüfung wurde in der durchschnittlichen, oft genug unbewußten Auffassung zum schrecklichen Fatum. Und Prüfungen stählen, Faten aber zerreiben.

Bildet nun auch die Kriegsneurasthenie der Heimat, die aus so vielerlei Ursachen zusammenrinnt, einen Typus, der als Ganzes von andern Typen der reizbaren Schwäche des Nervensystems ähnlich sich abhebt, wie wir es für die Feldneurasthenie feststellen konnten?

In den großen Zügen bietet die Kriegsneurasthenie der Heimat ein klassisches Neurastheniebild. Die Erscheinungsform der reizbaren Schwäche stellt sich in ihr sogar mit einer seltenen Ausgeprägtheit dar, insbesondere als reizbare Schwäche der Psyche. Durchgehends sind die Heimatneurastheniker abnorm ermüdbar, nicht so „suffizient" wie sonst; es tritt bei körperlichen, noch stärker aber bei geistigen Leistungen zutage. Übliche motorische oder intellektuelle Verrichtungen können überhaupt nicht im einstigen Umfang oder nur in langsamerem Zeitmaß, mit besonders deutlich hervortretendem Pausenbedürfnis ausgeführt werden. Ich habe das von Handwerkern und Arbeitern, am meisten aber von den geistig Arbeitenden in immer erneuten Abwandlungen klagen hören. Auch Mußeleistungen erscheinen beeinträchtigt. Der greise Wilhelm Wundt beobachtete an sich, daß er etwa vom Sommer 1916 ab, ohne daß irgendeine örtliche Ursache auftrat, aus allgemeiner Müdigkeit seine Spaziergänge wesentlich abkürzen mußte[1]). Gleiches haben mir Dutzende von älteren Menschen berichtet. Auch wir auf der Höhe des Mannesalters können es wohl alle bestätigen, und die Beobachtungen von Eltern und Lehrern, aber auch die des Ausbildungspersonals beim Heere, wissen von der erwachsenden Jugend das nämliche zu berichten.

Die Hauptursache dafür suchen wir in der Ernährung. Alle geistigen Arbeiter klagen namentlich über den Fettmangel. Ich persönlich fühle mich seit drei Jahren von den Schwankungen der Fettzufuhr ganz augenfällig abhängig. Meine geistige Leistungsfähigkeit steigt, sowie ländliche Patienten mich zeitweilig mit Butter reichlicher versorgen, und sinkt, sowie dies unterbleibt. Ich möchte aber damit keine stoffwechselphysiologische Behauptung wagen. Es mag ebensowohl sein, daß das Sättigungsgefühl, welches durch Fettzufuhr gewährleistet wird, eine Bedingung zureichender geistiger Leistung ist, oder richtiger, das Hungergefühl eine empfindliche „Störung" (im arbeitspsychologischen Sinne) bedeutet. Damit würde z. B. die abnorme Wichtigkeit der Zufuhr sättigender, wenn auch gar nicht so übermäßig nahrhafter Essensbestandteile, wie es die Kartoffeln sind, erklärlich. Daß die Fette nicht gleichgültig sind, bleibt damit unangetastet. Ihr Fehlen erklärt auch das gesteigerte Alkoholbedürfnis, über das übereinstimmend meine

[1]) Persönliche Mitteilung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klienten berichteten und das ich selber bestätigen kann: Wein wird, wie seit langem nicht mehr, heute eminent als etwas „Stärkendes" empfunden, vermutlich als Fettverbrennung ersparende Substanz.

Aber man soll auch die seelischen Mitursachen nicht übersehen! Viele, viele Tausende müssen heute ihre körperliche und noch mehr ihre geistige Arbeit unter wesentlich gesteigerter Willensspannung verrichten, sich mehr „dazu zwingen", weil ihre Gedanken oder ihre Gefühle eigentlich anderswo sind. Hier tritt die ganze Fülle der seelischen Ursachen, die oben behandelt wurden, in Erscheinung. Die familiäre oder ökonomische Sorge, der „Kriegsdruck", der auf jedem lastet, die Alltagsspannung auf Post und Zeitung, das Arbeiten in fremdartigem Beruf, für fremde Interessen, mit schwierigem, manchmal untauglichem Personal oder Material — alles dies ermüdet den Organismus früher und stärker, indem es eine krampfhaftere Anspannung fordert, wenn das gleiche Arbeitsergebnis erzielt werden soll.

Und von da nimmt auch ein wesentlicher Teil der erhöhten Reizbarkeit seinen Ausgang: indem wir uns stündlich, beständig gegen etwas reiben, außer uns oder in uns, und unter solcher Reibung schaffen müssen. Wer möchte die Reizbarkeit verkennen? Sie tritt uns in allen Beziehungen des sozialen Lebens entgegen, sie hat sehr rasch die allgemeine wechselseitige Rücksichtnahme, Duldung und Hilfsbereitschaft der ersten Kriegszeit überkompensiert, sie ist seit geraumer Frist schon „gerichtsnotorisch", Milderungsgrund für verbale und reale Ausschreitungen in Wort und Tat geworden. Obwohl viele Nuancen der Empfindlichkeit einer recht „dicken Haut" haben Platz machen müssen, sind wir alle „ungeduldiger" und „geladener" geworden. Es macht sich im Beruf und im Verkehr geltend. Es spielen auch da allerlei kleine seelische „Umstellungen" ursächlich hinein, wir müssen manchen Groll „schlukken", manches hinnehmen, was hinzunehmen uns in normalen Zeitläuften nie eingefallen wäre, und das entlädt sich nach anderen Seiten. Auch der physischen Mitursache ist immer zu gedenken: eben der mangelhaften Ernährung, die namentlich breite Schichten des Mittelstandes am stärksten heimgesucht und die reizbare Schwäche aus körperlicher Ursache in ihnen zur Massenerkrankung gemacht hat.

Jedoch, so klassische Neurasthenie die Kriegsneurasthenie der Heimat in ihrem Kern ist, sie schattiert sich dennoch als besonderer Erscheinungstyp. Um es kurz zu sagen, was ihr fehlt: wiederum die Hypochondrie. Es ist ganz frappierend, aber die sonst so alltägliche Krankheitsfurcht in all ihren weitläufigen Darstellungen ist aus meiner Sprechstunde fast ganz verschwunden. Die Leute hätten, bei der körperlichen Deklassierung vieler, allen Grund, sich über drohende Leiden ängstliche Gedanken zu machen, aber sie tun es weniger als damals, wo es ihnen viel besser ging. Sie bilden sich nicht vergleichbar

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so viele Phthisen, Paralysen und Krebse ein. Ich meine, auch hier ist der Fortfall der Verwöhnung und Verweichlichung eine wirksame Schule gewesen. Man hat sich überzeugt, welcher Entbehrungen und Umstellungen der Organismus fähig ist, ohne sofort den Dienst zu versagen. Auch mögen zahlreiche kleine Anknüpfungspunkte hypochondrischer Verarbeitungen fortgefallen sein: tausenderlei Sensationen der Herzgegend durch die unfreiwillige Entfettung, die vielen erst das normale Verhältnis zwischen Motor und Karosserie, soll heißen zwischen Herzkraft und Körpermasse wiedergeschenkt hat, gichtische -algien an allen Ecken und Enden, Obstipationen und Flatusverhaltungen u. dgl. mehr. Namentlich die Obstipation, gegen die das fleischarme und verdauungsschlackenreiche Essen eine Radikalkur war, ist ja ein vielberufener Krystallisationskern für Hypochondrien zu allen Zeiten gewesen. Von daher erklärt sich auch das Seltenerwerden der nervösen Dyspepsie, das ich für die Heimat- ähnlich wie für die Feldneurasthenie behaupte. Die Not der Zeit hat die Leute Dinge vertragen gelehrt, die ihnen früher die erheblichsten Unzuträglichkeiten bereitet haben würden, und die erzwungene Mäßigkeit in der Nahrungsaufnahme hat den Verdauungsorganen dieses Vertragen erleichtert, aber ich bin geneigt, dem heilsamen Zwang die erste ursächliche Stelle einzuräumen — dem psychologischen also, und erst die zweite Stelle dem physiologischen Faktor.

Was die Heimatneurasthenie positiv besonders kennzeichnet?

Zum ersten eine eigentümliche Unruhe, die alle Menschen ergriffen hat. Sie bedarf keiner näheren Schilderung, sie ist jedem aus der Selbsterfahrung geläufig und sie wächst mit der Neurasthenisierung. Es fehlt alle innere Sammlung; hierüber klagen übereinstimmend die produktiv Arbeitenden. Selbst Leute, die aus mancherlei Gründen rein quantitativ mehr Zeit übrig hätten als im Frieden, vermögen sie nicht auszunützen. Die Straße mit dem angeschlagenen Extrablatt, das Café mit der Zeitung, die nächste Post, der Bekanntenkreis lockt zur Besprechung der „Lage". Tagaus, tagein.

Zum zweiten eine Art seelischer Haltlosigkeit. Sie tritt im Gemüt wie im Intellekt zutage: dort in dem raschen Wechsel optimistischer und pessimistischer Stimmungen, von Illusion und Verzagtheit, hier im Wandel von Kritiklosigkeit und Zweifelsucht, von blödester Leichtgläubigkeit und zersetzender Skepsis. Namentlich die Stellungnahme zum „Gerücht" ist für diese Haltlosigkeit der Heimatneurastheniker ein Gradmesser geworden. Wir wissen, wie unsinnige Erfolgs- und wie blödsinnige Gefahrengerüchte in diesen Kriegszeiten Boden fanden, und zwar bei Menschen, deren Intellekt sie theoretisch vor solchen Schwankungen ihrer Urteilsfähigkeit hätte bewahren müssen.

Viel weniger als die Feldneurasthenie tritt reizbare Schwäche der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Heimat uns in geschlossenen, wirklich „krank" anmutenden Fällen entgegen. Viel undeutlicher abgegrenzt wächst sie aus der allgemeinen seelischen Beschaffenheit der Heimat hervor; den bürgerlichen Klienten unserer Sprechstunde gegenüber haben wir viel öfter das Gefühl, sie seien Nörgler, Haltlose, Verzagte, Jammerbolde und Flaumacher, viel seltener das elementare des tiefen, schweren Leidens. Aber auch das gibt es, und namentlich in der Altersklasse der Lebenshöhe und ihrer ersten Absenkung zur Involution hin begegnen wir nicht so selten einer erbarmungswürdigen Verbrauchtheit an Leib und Seele, die sich äußerlich schon dem ersten Blick in einem manchmal erschreckenden Gealtertsein ausprägt.

Die Prognose dieser Fälle wird man zweifelhaft stellen müssen. Der vorläufig sich neurasthenisch darstellende Verbrauch wird hier nicht selten die Einleitung frühen Welkens, vielleicht vorzeitiger Arteriosklerose sein. Sonst aber läßt sich zur Prognostik der Heimatneurasthenie des Krieges nur sagen, daß sie eine Funktion der Kriegsdauer und des Kriegsausganges sei. Viel Heimatneurasthenie wird schwinden mit dem Nachlaß des Kriegsdrucks, der Spannungen und Reibungen, die von daher fließen, mit dem Wiedereinsetzen der normalen Ernährung. Viel Heimatneurasthenie wird bleiben oder noch zunehmen; denn zahlreich genug sind jene, denen erst das normale Leben ganz zum Bewußtsein bringen dürfte, was sie persönlich oder sachlich verloren haben. Viel Heimatneurasthenie endlich wird dann erst werden. Ich meine nicht Feldneurasthenie, die daheim noch fortdauern wird; sondern in Hunderttausenden wird wahrscheinlich die Lebensumstellung vom Krieg zum Frieden und gar vom Feld zur Heimat erst deutlich neurasthenisierend sich auswirken. Aber keine Prognose kann Umfang und Stärke dieser Möglichkeiten heute ermessen, denn sie müßte dazu den Ausgang des Krieges in seinen wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einzelsymptomen bestimmen können. Von ihm wird ja die seelische Grundstimmung der Menschen nach dem Friedensschluß bedingt sein.

8.

Eine klinische Darstellung schließt mit der Prognose, d. h. mit dem berechnenden Ausblick auf solches Künftiges, das aus Gegebenem sich voraussichtlich entwickeln wird — nach der Analogie vielfacher gesicherter Erfahrungen, die es tausendmal so oder so sich haben entwickeln sehen. Etwas anders freilich die „Theorie". Sie wird sich dem prickelnden Reiz zur eigentlichen „Prophezeiung" nie ganz entziehen können: d. h. zur Bestimmung eines Künftigen, für dessen Entfaltung aus dem Gegenwärtigen noch keine gefestigte Erfahrung vorliegt. Die Hypothese bedeutet den Richtpunkt, den alle Theorie im unbetretenen Gelände vor sich ihrer eigenen Fortentwicklung absteckt;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie ist die wissenschaftliche Erscheinungsform der Prophetie, ohne die alle Wissenschaft zum dürren Tatsachenherbarium eintrocknen und niemals zu jenen Gipfeln der Gesetzfindung aufsteigen würde, auf denen allein die Beherrschung der Wirklichkeit dem Menschengeiste vorbehalten ist.

„Erklären" heißt, eine Erscheinung als Zusammenhang elementarer Erscheinungen darstellen. Aber damit ist jedem Erklärungsversuch noch ein sehr weites Feld für die Auswahl von Erklärungsmöglichkeiten gelassen. Denn: „Alle Elementarität ist etwas ganz Relatives. Es hängt von der zeitlichen Gesamtsituation eines Forschungskreises ab, was in seinem Bereich als Element zu gelten habe, und vom augenblicklichen Stande eines Problems, bis auf wie ‚letzte' Elemente ein Erklärungsversuch zurückgehen müsse. Alles Elementare, mag es als Objekt oder als Prozeß gedacht sein, wird im weiteren Laufe der Forschung immer wieder in noch Elementareres zerlegt, und die Erklärungen der Wissenschaft ändern sich schon aus diesem Grunde beständig ... Der Weg geht vom empirisch zum hypothetisch Elementaren, und der rechte Forschungstakt bezeigt sich eben darin, wieweit eine Erklärung sich ins Hypothetische vorwagt, ohne den Gesichtspunkt des Notwendigen, mindestens Nützlichen aus dem Auge zu verlieren ... Apriori gibt es niemals eine Regel, was ein Erklärungsversuch als elementar zu betrachten habe. Der Versuch selber muß das rechtfertigen." [1])

In der Erklärung der Neurasthenie ist der Versuch einer Zurückführung auf Zusammenhänge zwischen hypothetischen Elementen zeitweilig dem der Zurückführung auf Zusammenhänge zwischen empirischen voraufgeeilt. Man wähnte (wie häufig in der Medizin und überhaupt in noch jugendlichen Disziplinen) den Mangel der empirischen Exaktheit durch den Schein theoretischer Exaktheit ausgleichen zu können. Viel gehabt hat die pathologische Einsicht z. B. von den Molekularhypothesen der Neurasthenie, wie wir sie etwa bei Oppenheim und bei Binswanger finden, nicht. Daß im Nervengewebe eine Molekularmechanik stattfindet, ist für das Verständnis der Neurasthenie eine ebenso nichtssagende Tatsache, wie jene, daß alle Pflanzen nach dem Gesetz der Schwerkraft zu Boden fallen, wenn ich sie aus der Hand fallen lasse, es für das Verständnis bestimmter botanischer Probleme sein würde. Legt man aber der Erklärung bestimmte molekularmechanische Behauptungen zugrunde, so gerät man dorthin, wo alles behauptet und nichts widerlegt werden kann, weil die analytische Spannweite zwischen reizbarer Schwäche des Nervensystems und molekularen Geschehnissen maximal und so gut wie unausgefüllt durch

[1]) Ich zitiere diese methodologischen Sätze aus der 2. Auflage meiner „Geopsychischen Erscheinungen" (1917), wo ich S. 118/119 das Kapitel „Erklärung der Wetterwirkung" mit ihnen eingeleitet habe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beziehungserkenntnisse ist. Ja, wie sich gerade in der theoretischen Diskussion der neurologischen Kriegserfahrungen gezeigt hat, verführen solche Erklärungsversuche schließlich rückläufig zur Vermengung ganz heterogener Zusammenhänge, wie z. B. der „organischen" und „psychogenen", weil ja natürlich beide der molekularmechanischen „Erklärung" fähig sind: Molekularmechanik ist eben überall! Auf „molekulare Verschiebungen" (oder „Umlagerungen" oder „Spannungsänderungen" usw.) läßt sich alles in der Welt zurückführen, solange man eine mechanische Elementarstruktur der Welt aus Molekülen annimmt. In diesem Sinne hat mir Fritz Haber nach dem Vortrage eines Physikers, der reichlich mit solchen Erklärungen wirtschaftete, einmal mit treffendem Sarkasmus gesagt: „Das Molekül ist die Wurzel alles (theoretischen) Übels."

Besser sieht es um die „humoralen", d. h. chemischen Erklärungsversuche aus. Zwar wissen wir vom Chemismus des Nervengewebes noch so blutwenig, daß auch hier vieles als bloße Behauptung, für die das Wort „Hypothese" zu schade wäre, gewagt worden ist. Namentlich jene Art Theorie, die auf geschäftliche Rentabilität spekuliert und z. B. den Lecithinen oder andern „Baustoffen" des Nervenmechanismus ihren elementaren Rang zu sichern sucht, ist dahin zu rechnen. Aber es gibt allerdings eine schon heute gut begründete Einsicht, die uns eine chemische Theorie der Neurasthenie erlaubt, ja nahelegt: das ist die Einsicht von der Entstehung der Ermüdung (und ihrer höchsten Grade, der Erschöpfung) aus Stoffabbau und Giftbildung, gefestigt im besonderen noch durch die Darstellung eines Kenotoxins (Ermüdungsgiftes). Zumal wir in der Neurasthenie die beiden Haupterscheinungsanteile: Schwäche und Reizbarkeit — unmittelbar mit ganz ähnlichen Erscheinungsanteilen der Ermüdung (Schwäche und motorische Erregung) gleichsetzen können. Im Begriff der nervösen Erschöpfung ist dann das Bild der Neurasthenie auf eine sehr einfache und sehr brauchbare theoretische Formel gebracht, die komplexere Erscheinung Neurasthenie der elementareren Erscheinung Ermüdung subsumiert.

Aber diese Erklärung deckt leider nicht alle und wohl kaum die Mehrzahl der Neurasthenien. Für andere muß man den Begriff der Ermüdung und gar der Erschöpfung schon sehr biegen, um sie noch darunter zu zwängen. Es sind jene, bei denen weder ein Übermaß an Leistung noch ein Mangel an Erholung vorliegt, sondern die nur aus ganz bestimmten seelischen Erlebnissen heraus entstehen. Ihnen gegenüber läßt uns das chemische (toxische) ebenso wie das molekulare Erklärenwollen im Stich, oder kann uns doch erst für ein späteres Stadium helfen, wenn durch seelisches Erleben auch die physiologischen Erholungsfaktoren (wie Schlaf oder Ernährung) beeinträchtigt worden sind. Die entscheidende Entstehung der neurasthenischen Veränderung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

läuft hier eben über die seelische Kausalität, während bei den echten nervösen Erschöpfungen die seelischen Neurastheniesymptome (z. B. die Erregtheit oder Angst oder Gedrücktheit) nur „Symptome", „Epiphänomen" der körperlichen Nervenschwäche sind. Ich habe in meinen verschiedenen Arbeiten, die ich in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts der Neurastheniefrage gewidmet habe, die einseitige Beanspruchung gewisser Gefühlserlebnisse, und zwar vornehmlich der Gefühle, Affekte und Stimmungen vom Charakter der Unlust, der Spannung und der Erregung als die Ursache dieser Neurasthenisierungen dargestellt und finde daran gerade auch nach den Kriegserfahrungen nichts Wesentliches zu ändern. Es ist nicht nötig, die entsprechenden Belege für die Kriegs-, namentlich die Feldneurasthenie aus unserm Abschnitt über die Ursachen noch einmal anzuführen.

An dieser Stelle erweitert sich dann die psychologische Individualtheorie der Neurasthenie zur psychologischen Sozialtheorie.

Die Neurasthenie als Massenabnormität, als „Volks"- oder „Zeitkrankheit" ist natürlich nur seelisch erklärbar, wofern nicht gerade eine zeitliche Häufung physischer Erschöpfungsfaktoren massenhaft nervöse Erschöpfung erzeugt. Das ist bei Hungersnöten, nach Seuchen, im Kriege immer einmal vorgekommen; nach Feldzügen wie dem serbischen, nach Schlachten wie der Winterschlacht in Masuren haben wir es auch jetzt wieder erlebt. Jedoch es handelt sich da doch immer um ziemlich kurzlebige Häufungen nervöser Zusammenbrüche. Als Abnormität, die einem ganzen Zeitalter, mehreren Jahrzehnten, ihren Stempel aufprägte, muß die Neurasthenie („Nervosität") aus seelischen Ursachen abgeleitet werden, zumal es sich um Zeiten handelt, in denen Ernährung und Erholung, überhaupt körperliche Hygiene auf einer Höhe wie selten zuvor gestanden sind, gerade für die am augenfälligsten neurasthenisierten bürgerlichen Massen. In dieser kulturgeschichtlichen Erscheinungsform ist die Neurasthenie nur als „reaktive Abnormität" möglich, d. h. als krankhafte Veränderung des Seelenlebens aus seelischen Erlebnissen heraus, die ihrerseits durch die Gestaltung der Lebensbedingungen der Zeit gesetzt wurden. Zahlreiche Fälle, die so begannen, wurden freilich weiterhin durch reine Erschöpfungsfaktoren verschlimmert: eben durch die schon erwähnten physischen Schädigungen, welche bei dauernder psychischer Überreizung oder Überspannung oder Übererregung eintreten müssen (wie Schlafmangel, Nahrungsverminderung, aber auch fortgesetzte physische Strapazierung des Nervengewebes durch die Häufung jener psychischen Reaktionen selber). Diese Erschöpfungskomponente tritt namentlich in der Wendung der reaktiven Neurasthenie zur Prozessivität zutage: die krankhafte Reaktion wird mit einem Male zum rapide fort-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schreitenden Krankheitsprozeß — eine Wendung, die bei jeder reaktiven Abnormität von einem bestimmten Punkte an zu gewärtigen steht, weil eben die durch fortgesetzte abnorme Reaktionen erzeugte biologische Schädigung des Nervengewebes von einem gewissen Grade an ihren „spontanen" Weg nimmt: die bis dahin wesentlich psychologische Reaktivität wird dann durch die physiologische Spontaneität des strapazierten Nervengewebes ergänzt, gekreuzt, überholt, überboten[1]).

In der Kriegsneurasthenie ist die Vermengung psychischer und und physischer, reaktiver und erschöpfender Faktoren naturgemäß besonders häufig: im Felde durch die Strapazen, besonders den oft lange währenden Schlafmangel, Nahrungsmangel u. dgl., in der Heimat durch die allgemeine Ernährungsverschlechterung, insbesondere während der ersten Hälfte des Jahres 1917. Die Kriegsneurasthenie stellt also viel weniger einen verhältnismäßig reinen Typus reaktiver Abnormität dar, als die Zeitneurasthenie der Jahrzehnte vor dem Kriege, sondern sie ist ein sehr wechselndes Gemisch aus seelischer Reaktion und Erschöpfungsfaktoren. Ihr besonderer Typus wird dabei natürlich durch die reaktiven Anteile bestimmt: was sie als charakteristisch aufweist und was ihr abgeht, erklärt sich aus den seelischen Besonderheiten ihrer Entstehung, unter denen wir vor allem die ungeheure Umstellung des Seeleninhalts und die alltägliche Gewöhnung an Lebensgefährdung zu beachten haben, jene als wesentliche Quelle der Gedächtnis- und Interessenstörungen, diese als Beseitigerin der hypochondrischen Einstellungen. Wenn aber trotz so gemischter Entstehungsweise das Gesamtbild der Kriegsneurasthenie einen durchaus einheitlichen, geschlossenen Eindruck macht, so steckt dahinter kein größeres Geheimnis als es das der Erscheinungsgleichheit von körperlicher Erschöpfungs- und seelischer Überreizungsneurasthenie überhaupt ist. Wir können diesen Punkt benutzen, um der Theorie der Neurasthenie einen gesicherten Satz hinzuzufügen: da die übermäßige Beanspruchung der Unlust-, Spannungs- und Erregungsreaktionen im Gemütsleben ein seelisches (und auf die Dauer seelisch-körperliches) Krankheitsbild erzeugt, das dem durch körperliche nervöse Übermüdung erzeugten im wesentlichen gleicht, so ist zu folgern, daß durch jene seelisch abnormisierenden Faktoren im Nervengewebe dieselben pathologischen Veränderungen gesetzt werden wie durch diese körperlich abnormisierenden. Wir

[1]) Da die ursprünglich hierher gesetzten Ausführungen über diese Grundbegriffe der allgemeinen Abnormitätslehre zu umfangreich für einen bloßen Abschnitt dieser Arbeit geworden wären, so sind sie inzwischen als selbständige Untersuchung unter dem Titel „Die Kategorien der seelischen Abnormisierung" in der „Monatsschr. f. Psych. u. Neurol." 1918, Heft 2, veröffentlicht worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelangen also hier zum Ansatz einer gutbegründeten physiologischen Theorie auch der psychologischen Neurasthenie, die ebenso chronische Ermüdung des Nervensystems sein muß wie die rein physisch erzeugte Neurasthenie. Durch seelische Überreizung der erwähnten Art werden auf die Dauer die nämlichen Abbau- und Vergiftungswirkungen im Nervensystem gesetzt wie durch physische Übermüdung.

Aber wir haben an die Sozialtheorie der Neurasthenie noch eine Frage, und sie geht auf die Zukunft. Wird unser Volk die Feld- und die Heimatneurasthenie mit in den Frieden hinübernehmen und sie noch lange fortschleppen müssen? Wie steht es, mit anderen Worten, um die nervöse Zukunft der Nation?

Wir befassen uns nur mit dem Falle eines schließlich doch glücklichen Kriegsausganges. Auch dann wird, trotz großer, ich wage zu sagen gewaltiger Zukunftsperspektiven, die augenblickliche Lage des deutschen Volkes schwer sein und wird es lange Jahre hindurch bleiben. Wirtschaftlich, sozial, politisch und kulturell. Wir werden durch tiefe Krisen hindurch müssen und erst dann mit vollem Bewußtsein der Feindseligkeit einer ganzen Welt, einem wahren Ozean von Haß und Verkennung, in den wir aber doch mit zusammengebissenen Zähnen hinaussteuern müssen, uns gegenübersehen. Die Unsumme unserer persönlichen Verluste, die dadurch bewirkte Verarmung des Lebens wird uns allen erst mit dem Aufhören der hochgeschraubten seelischen Kriegsspannung ganz zu Gemüte geführt werden. Die noch ganz unvorstellbare Rückumstellung des Daseins, und am meisten des Daseins der heimströmenden Kriegermassen, kann nur unter ungezählten Explosionen bei schwerster sozialer Reibung und Spannung sich vollziehen. Die Zukunftswerte werden nicht so bald klar vor unseren Augen liegen; nach der Kriegsspannung wird die Entspannung zunächst Abspannung sein, das Leben wird in ideeller Hinsicht schal und leer erscheinen, unser Mühen und Schaffen wird anscheinend darauf gerichtet sein müssen, Verlorenes langsam wieder einzubringen, Vernichtetes wieder aufzubauen, und noch lange nicht, Neues zu gestalten. In allen möglichen „Abrechnungen", notwendigen und überflüssigen, berechtigten und unberechtigten, werden Stände, Parteien, Richtungen aller Art, ja Personen gegeneinander stehen. Und Millionen werden den beinahe tragischen bevölkerungspolitischen Konflikt in sich durchzukämpfen haben: die Pflicht, für Nachkommenschaft mehr denn je zu sorgen, mit der Schwierigkeit, sie durch- und hochzubringen. Es hat gar keinen Sinn, den Kopf davor in den Sand zu stecken, daß das Drückende und Zermürbende, das Unlustvolle und Aufreibende einen viel größeren Raum in unserm Dasein nach dem Kriege beanspruchen wird, als ihm vor dem Kriege gegönnt war. Glauben doch Kenner der ökonomischen Dinge uns versichern zu sollen, wir würden doppelt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so viel arbeiten müssen und halb so viel davon haben, als vorher. Von der Ungewißheit noch gar nicht zu reden, ob nicht die während des Krieges unter mangelhafter Ernährung und Pflege ausgetragene und aufgezogene Generation, ja die Jugend dieser Jahre überhaupt, dauernden Nachteil in ihrer rein physischen und mittelbar damit auch an ihrer psychischen Widerstands- und Leistungsfähigkeit davongetragen haben mag. Daß von den Erwachsenen Millionen mit zeitlebens oder für viele Jahre verminderter Nervenkraft ins neue Dasein hinübertreten, ward am Ende des vorigen Abschnitts schon erwähnt und unterliegt ja keinem Zweifel.

Es wird also genug Neurasthenien auch nach dem Kriege geben, die in den Lebensumständen ihre Ursache haben, wie es übrigens immer welche gegeben hat. Aber mit „der" Neurasthenie als der pathologischen Ausartung eines Zeitalters darf man das nicht verwechseln. Und diese Art Neurasthenie als gleichsam kulturgeschichtlicher Seelenzustand einer bestimmten sozialen Schicht ist keineswegs an Sorge, Mangel, Notdurft, Plackerei, Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit gebunden. Sie entstand ja ganz im Gegenteil unter sehr günstigen Lebensumständen, in einem Milieu rasch entfalteten Wohlstandes und äußerlichen Behagens, inmitten einer von keiner früheren Zeit gekannten Daseinssicherung; sie entstand da als Wirkung des besonderen Rhythmus der Lebensführung, der Überhastung seelischer Beanspruchungen, keineswegs immer oder auch nur im Durchschnitt gewaltiger Beanspruchungen, sondern gerade der kleinen, alltäglichen — als Wirkung der einander übermäßig jagenden Sinnesreizungen in Arbeit und Muße und der übermäßig sich häufenden kleinen Verantwortungen, Einstellungen, Erwartungen, Beeilungen — wie ich alles dies vor anderthalb Jahrzehnten in „Nervosität und Kultur" bis in die Einzelheiten jeder Lebenslinie nachzuzeichnen abzuschildern versucht habe. Und entscheidend für künftig ist lediglich, ob das Leben der Nation (und überhaupt der Kulturnationen) nach dem Kriege wiederum in dieses ruhelose Tempo fallen wird oder nicht; je nachdem wird wiederum Kulturneurasthenie sein oder nicht (unbeschadet noch der vielen einzelnen, die aus dieser oder jener Ursache dann neurasthenisch werden mögen).

Lamprecht[1]), den viele Zunftgenossen nicht ernst nahmen und dessen Prophetie sich doch heute schon wahrlich als gültiger ausweist als das meiste, was diese Zunftgenossen ihrerseits prophezeit haben — sah das Zeitalter der „Reizsamkeit" schon um die Jahrhundertwende deutlich einem „neuen Idealismus" weichen, der es überwinde.

[1]) Gegen die Schwächen dieses Denkers bin ich nie blind gewesen; vgl. dazu die nekrologischen Sätze, die ich ihm in der schon oben erwähnten Arbeit „Die Kategorien der seelischen Abnormisierung" (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **43**, Heft 2, S. 97/98) gewidmet habe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich selber habe schon im Schlußkapitel von „Nervosität und Kultur" in den Vorgängen der Sozialisierung und der Stilisierung des Daseins die nervositätüberwindenden Mächte der Zukunft skizziert und fünf Jahre danach in „Nervenleben und Weltanschauung"[1]) das sich ausbreitende Bedürfnis nach Sicherung und Sammlung als das deutliche Symptom des Wunsches, aus dem nervös zerflatterten Leben herauszukommen, analysiert. Die große Frage ist, ob der Krieg durch diese Tendenzen einen Strich gemacht, sie zurückgeschraubt, oder im Gegenteil, ob er sie beschleunigt und verstärkt habe?

Das ist im Augenblick schwierig, wo nicht unmöglich zu erkennen; vielleicht wird es auch vom Kriegsausgang abhängen, obwohl nicht ausgeschlossen werden kann, daß ebensogut der Kriegsausgang für diese Frage belanglos sein möchte. Und dennoch wird die nervöse Zukunft der Nation wesentlich durch jene hemmende oder fördernde Wirkung des Krieges an den Mächten der Neurasthenie-Überwindung bestimmt sein. Gelingt es uns, dank der Mithilfe wirtschaftlicher und sozialer Umbildungen, die der Krieg beschleunigt oder gar geboren hat, ein ungeheures Leistungsmaß, wie es von uns als Nation gefordert werden wird, dennoch in ruhige, gesammelte Leistungsweise zu bändigen, so wird der Krieg der eigentliche Überwinder der Kulturneurasthenie des vorigen Jahrhunderts gewesen sein. Gelingt das nicht, hat er im Gegenteil die Ansätze dazu zerstört oder geschädigt, dann wird das neue Leistungsmaß im Rahmen der alten Leistungsweise uns tief in die Neurasthenie als Zeitabnormität zurück-, in neue, verdoppelte hineintreiben. Nachdenkliche Geister malen uns heute al fresco aus, was sein wird oder sollte: ich meine einen Rathenau, Plenge, Möllendorff. Ein ganz Neues, neu Besonnenes und Organisiertes, Sparendes und Schonendes, großartig Gesammeltes schauen sie als die nationale wirtschaftliche Leistungsform der Zukunft. Man mag zu dem einzelnen stehen wie man will: das sind Wege zur endgültigen Überwindung der Neurasthenie. Auf ihnen würden wir vermutlich aus dem nervösen Zeitalter unserer Kulturgeschichte heraustreten. Aber ob sie überhaupt begehbar sind, ob wir sie tatsächlich gehen werden, wie groß der Realitätswert jener Visionen ist, das entzieht sich auch dem hypothetischen Urteil unserer wissenschaftlichen Betrachtung. Die Sozialtheorie der Neurasthenie kann nur sagen, daß die Neurasthenie als Zeitabnormität überwunden werden könnte, wenn es wirtschaftlich und sozial so kommt; ob es so kommt, vor dieser Frage endet ihre theoretische Prophetie.

Gewiß ist, die stärkste Nervenprobe steht dem deutschen Volke noch bevor; über dessen Zukunft fast weniger entscheidet, ob es den

[1]) Nr. 41 der „Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens" bei Bergmann in Wiesbaden 1906.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krieg, als wie es den Frieden gewinnt. Man wird an die tiefsinnige Vision des Elias erinnert: der Herr war nicht im Sturm, und nicht im Feuer, noch im Erdbeben; er war erst in dem stillen, sanften Sausen ... Wie immer es komme: die Gefahr einer neuen, unvergleichlich gewaltigen Neurastheniewelle, die über unser Volk dahinbranden möchte, ist nicht gebannt, es heißt sie ins Auge fassen, ihr rechtzeitig begegnen. Was unser Anteil an solcher Prophylaxe sein kann? Das heute sichtbarste aller Reservoire, aus dem diese Welle sich speisen könnte, sorgfältig abzudichten — den mächtigen Fonds von Kriegsneurasthenie des Feldes und der Heimat, der heute sich angesammelt hat, so vollkommen wie möglich zu zerstreuen. Denn je breiter dieser Strom ins neue Dasein hinüberflutet, desto gewisser wird er alles ansaugen, was sonst noch an alten und neuen neurasthenisierenden Mächten vorhanden wäre. Hierauf muß unser ärztliches Augenmerk zu allermeist gerichtet sein. Mit dem bißchen Kriegshysterie (viel war es ja überhaupt nicht, es machte nur, wie Hysterie immer, gar laut von sich Wesens) werden wir rasch fertig sein, ist der Krieg erst einmal fertig; die größte Heilarbeit leistet da die Friedenstatsache an sich. **Die Liquidation der Kriegsneurasthenie ist das eigentlich große seelenärztliche Sozialproblem, das am Ausgang des Krieges vor uns aufgerichtet steht.** Und für das Problem wappnen wir uns am besten durch gründliche Kenntnis des Phänomens. In mehr als drei Jahren fachärztlicher Kriegsarbeit habe ich nicht immer den Eindruck gewonnen, als werde die Befassung mit den Tatsachen der Kriegsneurasthenie in ihrer Tragweite gewürdigt. Dieser Versuch wollte ein wenig dazu helfen.

Nachschrift bei der Korrektur (Dezember 1918). Seit diese Arbeit abgeschlossen wurde, ist der Krieg für uns Deutsche verloren, unser Reich von 1871 zerbrochen, sein Regierungsmechanismus zerschlagen, unsere ganze Gesellschaftsordnung durch Revolution in Frage gestellt worden. Wir haben Waffenstillstand, werden bald Frieden haben; dem meisten meiner Darstellung verbleibt nur noch archivalischer Wert, nicht mehr praktische Aktualität, auf die sie ein wenig mit zugeschnitten ward, als ich sie begann. Ich möchte immerhin hoffen, daß auch jener Wert nicht einfach gleich Null sei, ähnlich allem, was wir sonst im und am Kriege gelernt haben, ohne es nun augenfällig verwerten zu können. Ich lasse auch die ausblickenden Schlußbetrachtungen wörtlich so stehen, wie sie auf der Höhe des Schicksalsjahres 1918 niedergeschrieben worden sind. Der Fixigkeit, heute gleich über die sozialpsychologischen und -pathologischen Konsequenzen des fürchterlichen Geschehens der letzten Monate zu orakeln, fühle ich mich nicht fähig. Niemand vermag heute abzusehen, ob unter den Umständen, die jetzt gegeben sind und für lange gegeben bleiben, die Sozialisierung noch

Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

die Neurasthenie-Überwinderin sein kann, als die ich sie im Ausklang von „Nervosität und Kultur“ vor $1^1/_2$ Jahrzehnten gezeichnet habe. Was aus der Menschenseele von heute wird — niemand kann es aus dem Strudel der gegenwärtigen Geschehens ablesen. Noch lange werden wir alle in dieses Geschehen viel zu sehr mit fühlender und tätiger Beteiligung verstrickt bleiben, um es reflektierend und analysierend, verstehend und erklärend zu würdigen. Den archimedischen Standpunkt hierzu wird vielleicht unsere Generation überhaupt nicht mehr gewinnen. Unseren Lebensrest fordert das nationale Unglück tätigem Wirken dienstbar zu machen; wir haben die Zeit zu gestalten — und das intellektuelle Glück, sie zu untersuchen und zu deuten, treten wir denen ab, die nach uns kommen werden.

Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Über Änderungen des Sprachcharakters als Begleiterscheinung aphasischer Störungen.

Von

A. Pick.

(Eingegangen am 12. Oktober 1918.)

Im Dezember des Jahres 1914 wurde mir von dem Chefarzte der Nervenabteilung des Garnisonspitales Nr. 11, dem damaligen Privatdozenten, jetzt Prof. Dr. O. Fischer, die Untersuchung eines 26jährigen Sanitätssoldaten tschechischer Nationalität ermöglicht, die eine Reihe aphasischer Störungen nicht gewöhnlicher Art ergab. Was aber an der Sprache des Kranken ganz besonders und vom Beginn der Untersuchung ab auffiel und für jeden, auch nur oberflächlichen Kenner der in Betracht kommenden Sprachen sofort klar wurde, war der eigentümliche weiche Charakter und die ungewöhnliche Betonung des von ihm gesprochenen Tschechisch, die beide ohne Schwanken von allen als dem Polnischen eigentümlich erkannt wurden und etwa dem Eindrucke entsprachen, wie wenn ein Pole das ihm nicht geläufige Tschechisch spricht.

Natürlich waren wir nicht imstande, das auch in der schriftlichen Wiedergabe des Gesprochenen zum Ausdruck zu bringen, was nur auf dem Wege einer uns gar nicht geläufigen phonetischen Schreibung sich hätte tun lassen; ebensowenig bin ich natürlich imstande, das etwa durch eine genauere phonetische Analyse zu erweisen; das dürfte aber auch für die Zwecke der vorliegenden Arbeit überflüssig sein, es wird für diese genügen, daß nicht bloß die Untersucher an der Klinik den eben berichteten Eindruck sofort hatten, sondern auch die später befragte Frau des Patienten Entsprechendes berichtete.

Es wurde zunächst daran gedacht, daß der Kranke, der durch mehrere Monate in Österreichisch- und Russisch-Polen Kriegsdienste getan hatte, etwa auf dem Wege der Nachahmung die eigentümliche Änderung seiner Sprache erworben hätte; das erwies sich aber als nicht zutreffend, vielmehr gaben er und seine Frau an, daß diese Erscheinung vielmehr mit der Besserung seines Sprechvermögens nach dem Schlaganfalle bemerkt wurde. Ich lasse nun in zusammengefaßter Darstellung das Resultat mehrfacher Untersuchungen hier folgen.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eigene Anamnese: 26jähriger Fleischer. Vor 2 Jahren vom Schlag getroffen rechts. Er fiel um, war bewußtlos. Er ging damals in ein Dorf ein Schwein schlachten. Es habe geschneit und geregnet (sagt agrammatisch pršil, er hat geregnet, statt pršelo), a pích (vielleicht statt padal sních, fiel Schnee; perseveratorische Kontamination oder „er stach" (sc. das Schwein). Auf der rechten Seite gelähmt. Ruky a nohy to jsem neviděl (Hände und Füße das habe ich nicht gesehen — offenbar statt nicht bewegen können). Konnte nicht sprechen. Später wieder sprechen gelernt.

Anamnese der Frau: Vor 2 Jahren bekam Pat. Kopfschmerzen durch 3 bis 4 Wochen. Pat. war in einem benachbarten Orte, um ein Schwein zu schlachten. Wurde bewußtlos nach Hause gebracht. Der Arzt sprach von einem Schlaganfall. Pat. sprach zunächst wenig. Er sagte: Má ženská (meine Weib) statt: moje Žena. Er habe wie Polnisch gesprochen. Er soll früher gut geschrieben haben. Seit dem Schlaganfall aber habe er nicht schreiben können, nur einzelnes wie Mařka (Mariechen), Karel (Karl). Lesen konnte er auch nicht alles. Pat. hat angeblich nie Harmonika gespielt. Eine Lähmung einer Seite soll nicht dagewesen sein. Die Sprachstörung dauerte etwa 4 Monate, dann soll er ganz gut gesprochen haben, doch habe er manches Wort nicht sofort herausbringen können.

Pat. rückte bei dem ersten Aufgebot als Sanitätssoldat ein, soll da noch ganz gesund gewesen sein, ganz gut gesprochen haben, wie ein normaler Mensch (?).

Frau ist gesund. 3 Kinder leben, sind gesund. Keine Aborte. Pat. soll immer gesund gewesen sein. Über Potus weiß Ref. nichts Genaues anzugeben.

Spontansprache. Nach dem Datum seines Schlaganfalles gefragt:

No to ja na ten den nemuži (falsche Endung statt nemužu) vědět. — Na, das kann ich auf den Tag nicht wissen.

No todle časti (richtig čas). — Na diese Zeit.

Ale to člověk nemuži (richtig nemuže) vědět. — Aber das kann der Mensch nicht wissen.

Byl takovy časy byli (richtig čas). — Es war solche Wetter waren.

Já jsem šel prase zabít sedlaky (richtig sedlakovi). — Ich ging Schwein schlachten Bauern (als Plural).

No a ten jsem přišel do vesnic (richtig vesnice). — Na und der ich kam ins Dorf,

povídám sedláky (richtig sedlákovi). — Ich sage die Bauern,

že zabit prasi (richtig prase) a ten sedlaky — daß Schlachten Schweine und der Bauern,

(richtig sedlak), že má práce tam, do setnici — daß er hat Arbeit dort in die Stube.

(richtig setnice) aby tam šel (damit hereingeht).

Do setnice a ja trochu byl teplý hlavý. — In die Stube und ich bißchen war heiße Köpfe.

Tak křičili (křičeli) so schrien sie.

aby prasi zabít (damit Schweine töten).

Tak jsme křičil (so schrien wir).

Tak ja hlidl (in Form nicht richtig) kuni (richtig koně). — So ich sah nach den Pferden.

Statt řemeslo sagt er řemesli.

Statt nešlo — nešli (gingen nicht).

I mi ženský smál (und mir die Weiber lachte). Erzählt, daß die Weiber ihn wegen seines Sprechens ausgelacht und er wie ein Kind sprechen lernen mußte.

Tak jsem učil jak malý diti (richtig děti).

Nemužu to hlavy chitnit. — Kann nicht das (vielleicht do, in) den Kopf fangen (eine Formel, die er immer gebraucht, wenn er seinen sprachlichen Defekt bezeichnen will).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Musí dělat. Musí tatinek mít spachtovaný poli (statt pole). — Er muß arbeiten. Es muß der Vater haben gepachtete Felder.

Byl sníhy a to prší. — War Schnee (Plural) und das regnet.

Já sem řek vozy dolu prasi (richtig prase) zabít prasi — ich habe gesagt Wagen hinunter dem Schwein, schlachten dem Schwein.

Kdybych já to chytil všecky — wenn ich das fange (will offenbar wie früher sagen, daß er nicht ordentlich sprechen könne).

To je naky vesnici nemužu chitnout vesnici jak se (das ist irgendein Dorf kann nicht fangen — offenbar den Namen — Dorf wie es (wahrscheinlich heißt).

Šel jsem přes hranici šli jsme tam na ten festunky — Ich ging über die Grenze, wir gingen dort auf die Festungen

co jsme byli tam. To jsme přišlo do lesy — wo wir dort waren. Da kamen wir in Wälder

a ten špital jako naše jsme měli — und das Spital wie wir sie hatten.

Kanonír taky za námi jeli. — Kanonier auch hinter uns fuhren.

Landweraky do nás bouchali taky. — Die Landwehristen schossen auch in uns.

Jeden naši kun utekli ten Trenaky (Plural) — ein unser Pferd liefen davon der Trainsoldat,

ten zugsführi co má ty vězdyky — der Zugsführer (Plural) der die Sternchen hat.

Jak ty kuny (statt koně, falsch gebildeter Plural von kun) utekli do lesly — víš — zvoní jak na nohy — Wie die Pferde davon liefen in die Wälder, weißt du, Glocken, wie an die Füße

si da. Jak se dává na nohy bigli. — sich gibt. Wie man gibt an die Füße Bügel.

(Was machen Sie den ganzen Tag?) Sedí celej den (sitzt den ganzen Tag).

(Wollen Sie nach Hause?) Mně je jeden (statt jedno) — Mir ist einer (statt alles eins).

(Werden Sie zu Hause arbeiten?) Jo, co ted' jaky praci. Ja, was jetzt, welche Arbeit (Dativ). Tatínek její Vater ihr — zensky na poli pomahat Weiber auf dem Felde helfen — ví — weißt du — člověk se — der Mensch sich — dyž řezník je — wenn er Fleischer ist — pomahat (Infinitiv) Vidí, do valek (Genitiv Plural) helfen sieht er in die Schlachten, no vidí (na sieht er).

Byl jsem přes hranic jsme přišl. No ten nepřítel — War ich über die Grenze sind wir gekommen (Singul.). Na der Feind.

Jsme ty špitaly za ním, pak zas jsme utíkal (statt utikali). — Haben wir die Spitäler hinter ihm, dann wieder sind wir gelaufen (Einzahl).

Nejdřív naši vojak střileji do nich pak jsme — Früher unsere Soldat schießen in sie, dann sind wir

Utíkali spatky do naší Polski (richtig Polsko) Moravy — Gelaufen zurück in unser Polen, Mähren

ten dalek (unrichtig) to ne ale na ten Morav — die Entfernung das nicht als in den Mähren.

Krávy zabit já moc. Že nemužu tak. — Kühe schlachten ich viel. Daß ich nicht so kann.

Nemužu křiži já se dři jak moci. — Kann nicht im Kreuz ich mich schinden wie kann.

Když zdravy taky člověky všecky. — Wenn gesunde auch Menschen alle.

Zeigt, er habe Harmonika gespielt und es sei nicht mehr gegangen, er habe es weggeworfen, er habe auch nicht singen können.

Já bych měl rád hlavy. — Ich möchte gerne Köpfe haben.

Spatny, no tak sem ten jeden člověk, šil banky. — Schlechte, na so bin ich der eine Mensch, genäht Därme.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jak pak se menuje (3. Person), do ty — von se bál že — wie ich heiße, ich die, er fürchtete sich das
souchotiny tento chytnutí. — Schwindsucht, der erwischen.
Ve valek. Jak hlavy se tak chitni. — In den Schlachten. Wie die Köpfe sich so fangen.
(Was werden Sie zu Hause machen?) Votroky votroky — Unglücksmenschen Unglücksmenschen
budu (werde ich).
(Können Sie schreiben?) To musí říct aby mně napíši. — Das muß sagen damit sie mir aufschreiben.
Já to dám dohromady (ich gebe es zusammen)
ale .... aber.
Mi ženský, že maly diti .... — Mir Frauen, daß kleine Kinder.
Já prosíl ve Vídeň jako ten motyl a von chtěl — Ich gebeten in das Wien wie der Schmetterling und sollte er
mi dát sem aby se potívat na mi. Když člověk — mich geben her damit schauen auf die meine. Wenn Mensch
nemá tolik má za sebou děti, špatny — nicht hat soviel hat hinter sich Kinder Schlecht
Já muži když se pomodlit to vehlavy — ich können wenn beten das im Kopf.
Musil dáti priči. — Mußte gehen fort.
Ženi napíši. Jedno človiki. — Frauen aufschreiben. Eines Menschen.
Já mu řík. — Ich ihm sag,
Nemuži. Je halt člověk hlavy špatny. Spatny voči. — Kann nicht. Ist halt Mensch schlechte Köpfe. Schlechte Augen
jsem měl. Tanky (vielleicht statt taky) neviděl. — hatte ich. Unverständlich (vielleicht statt auch) sah ich nicht.
A voni že mám souchotiny. — Und Sie daß ich die Auszehrung habe.
(Wie geht es?) V hlavy špatny (in die Köpfe schlechte).
Já jsem řek že mi špatny. — Ich habe gesagt, daß mir schlechte.
(Sind Sie in die Schule gegangen?) No jo. No ja.
(Abc!) No jo nemužu tak (no ja kann nicht so)..
Sessel: Židl (richtig židle).
Tisch: Ten stůl.
Schuhe: Boty.
Hosen (im Tschechischen Plurale tantum): ten kalhoty (der Hosen).
Jen kdybych ji měl já bych za zabit. — Wenn ich sie nur hätte, ich würde schla... schlachten.
(Haar.) To je ten hlavy ten vlasy. — Das ist der Köpfe der Haare.
(Wo haben Sie das Kinn?) Richtig.
Rock? Richtig.
Knopf? Richtig.
Daumen: Nach einigem Probieren: Palec (richtig).
Feder: Ten per (der Feder, richtig to pěro).
Papier: Ten papír (richtig bis auf den Akzent).
Buch: No co je ten knih. (Na was ist der Buch.)
Zündhölzel: To je ten sirky (das ist der Streichhölzer).
Schlüssel: No to je ten .... čiček (kindisch statt kliček). — Na das ist der .. Schlüssel.
Ring (vorgesprochen prs—): Prstínek (richtig).
Uhr: Cinky (unverständlich, richtig hodinky).
Schlüssel: Čiček (wie zuvor).
Messer: (vorgesprochen nožej ....) Nožejček (richtig).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brille: Brejli (richtig brejle).
Zeitung (vorgesprochen novi . . .): Noviny (richtig).
Papier: Papir.
Grün: . . . .
Aufträge führt er korrekt aus.
Marken: Sind das Stempel? Nein. — Sind das Marken? Ja.
Ohr: Ist das das Auge? Nein. (Nase?) Nein. — Uchy (richtig uši) — Ohren
Bart: Ten (richtig ty) vousy (der Bärte). — Nase: Nosy (Nasen). (Nos!) Nos (Nase).
Augen: To je ten — oči (das ist der Augen).
Uhr: Stříbr . . . . (Silbern).
Vorgesagt ho . . . . žinky (richtig ho . . . . dinky).
Ring: Prs . . . . pretinek (richtig).
Schlüssel: Číček (kindisch statt klíček).
Brille: Brejle (richtig).
Nachsprechen Kommando: Kommandy.
Já jsem byl: Já sem byli. Spontan zusetzend: Jenom kdy to šlo mě — Nur wenn das ging mir. (Vielleicht sein Sprechgebrechen andeutend.)
všicky: vši.
Wiederholt immer erst nach langer Pause.
Člověk richtig, Bauer richtig, Tisch richtig, inkoust: θ. Boty richtig.
Já jsem vojákem: Vojákem. Jsem voják. — Ich bin Soldat. Soldat, bin Soldat.
Nemohu dobře mluviti: mluviti. — Ich kann nicht gut sprechen. Sprechen.
Byl jsem nemocen: Jsem nemoc. — Ich war krank. Bin Krankheit.
Soll zählen 1! 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 — 11 dvenact (statt dvanáct), cinact (statt třináct), čtrnect . . . (das letzte infantil) dviacet (polnisch klingend, tschechisch dvacet) dvě (statt dvanact).
Soll třináct sagen, kann es nicht wiederholen. Es wird ihm vorgeschrieben und er soll es nachsagen, kann es nicht.
ABC: geht nicht.
e: spricht er gut nach. ce: ebenfalls.
(Kennen Sie ein Gedicht?) Ale nevím nic ted' — Ich weiß aber jetzt nichts.
Monate: θ.
Vaterunser: θ.
Liedertexte: θ.
Prádlo: Prádli.
Soll diktieren: Spontan: Ženský poprosit (die Weiber bitten).
Milá ženi! To mi napíši jesli je zdraví (richtig zdrava). — Liebe Frauen. Das mir aufschreiben, ob sie gesund (Plural).
Soll lesen: Naše slovo, liest: Naši slovy.
Nákazy liest er erst nákaky, dann richtig nákazy.
Měsíce liest er měsíc. e liest er l.
b: richtig. abot: richtig.
zuz: Zur. (Mora) Mor.
bep: richtig, fram: frim.
g, k, s richtig.
Válka světova: liest er války světena.
Kde máte uši? (Wo haben Sie die Ohren?) Zeigt richtig.
Podejte mě ruku! (Reichen Sie mir die Hand!) Richtig.
Ukažte mě jazyk! (Zeigen Sie die Zunge!) Richtig.
Liest 2, 9 richtig, ebenso 8.
z: θ. (Ist das r?) Nein. (i?) Nein. (z?) Ja.
r: θ, lehnt falsches ab, r? Ja.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schreiben: Spontan nur den Namen.

Nachschreiben gut.

Diktatschreiben: Buchstaben gut.

Abschreiben von Druck: Kurrent richtig.

Buchstabieren: nicht dazu zu bringen.

Rechnen: 5 und 3 —; 2 und 2 ist 4; 4 und 2 ist 6; 5 und 3 ist 8.

Soll einen Brief diktieren: Já jsem řek ten jeden — Ich habe gesagt den einen. psaní napsat. Já řeknu že mi ženský napsat. Milí (Plural) ženo. — Brief aufschreiben. Ich sagen, daß die Weiber aufschreiben. Liebe Weib!

Já jsem ji chtěl psat že nemám prádlí žadní (falscher Plural). — Ich wollte ihr schreiben, daß keine Wäsche habe.

Že mi chce psát ženský prádlí. Daß mir wollen schreiben Weiber Wäsche.

Soll schreiben 8: richtig, aber langsam, spekuliert lange. — 6 richtig, 14 richtig (nachdem er die 4 betrachtet hatte, die geschrieben stand).

Deklinieren weiß er seiner Angabe nach nicht.

Konjugieren geht auch gar nicht.

Nach dem üblichen Schema zusammengefaßt zeigt der Kranke folgende die innere Sprache betreffende Störungen:

Benennen von Gegenständen amnestisch, fehlerhaft, die Sprache ist langsam, die Silben werden einzeln ausgesprochen.

Konversationssprache: agrammatisch.

Nachsprechen unverstandener Worte θ, sonst mit kleinen Änderungen, die besonders häufig darin bestehen, daß er an das Wort ein y anhängt, wodurch vielfach der Plural des Wortes entsteht.

Reihensprechen: Zahlenreihe richtig, langsame Aussprache, Vaterunser geht nicht.

Aufsuchen von Gegenständen intakt.

Ausführen von Aufträgen vollkommen intakt.

Lautlesen richtig, aber auch hier hängt er vielfach den Worten im Singular ein Pluralzeichen (y) an.

Lautlesen kurzer Sätze: Liest, aber mit Fehlern.

Lautlesen von Buchstaben gut.

Lautlesen von Ziffern gut.

Heraussuchen von Buchstaben gut, aber immer erst nach längerem Nachdenken.

Zusammensetzen von Worten geht nach längerem Nachdenken gut.

Leseverständnis: Nach längerer Zeit versteht er das Gelesene (führt geschriebene Befehle aus).

Spontanschreiben: Nur seinen Namen.

Amusie: Kann Harmonika nicht mehr spielen, nicht singen.

Aus dem somatischen Status sind als verändert hervorzuheben: Eine leichte Gesichtsfeldeinengung, eine nur beim Sprechen hervortretende geringere Innervation im Gebiete des rechten Mundfacialis, Cremasterreflex rechts schwächer, Bauchreflexe rechts fehlend, Patellarsehnenreflexe beiderseits gesteigert, komplette rechtsseitige Hemianästhesie und Hemianalgesie, in der Mittellinie abschneidend, leichter, keineswegs ausgesprochener Romberg.

Ein später gemachter Versuch, des auf dem Lande ansässigen Kranken zwecks nochmaliger Untersuchung habhaft zu werden, wurde dadurch vereitelt, daß derselbe inzwischen verstorben war und etwas Näheres nicht in Erfahrung gebracht werden konnte.

Die Haupterscheinungen, die die Beobachtung als eine mitteilenswerte erscheinen lassen, liegen außerhalb des Rahmens des eben aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefüllten Aphasieschemas. Um ihnen gerecht zu werden, müssen wir, mit dem Philolcgen Blümel (Einführung in die Syntax 1914, S. 214) zu sprechen, von der Welt der Schrift und des Druckes, die uns durch das Auge vermittelt wird, Abschied nehmen, uns wieder einmal mehr mit der Sprechsprache des Kranken beschäftigen.

Da sind es nun zwei Erscheinungen, die den Fall zu einem besonderen stempeln und von denen namentlich die eine, weil hervorstechend, das besondere Interesse erregte. Es ist der, sagen wir kurz, polnische Charakter der Aussprache, der der Anamnese nach unzweifelhaft nach dem Schlaganfalle als eine durch Herdaffektion zustande gekommene Begleiterscheinung der übrigen aphasischen Störungen gedeutet werden muß.

Die Hauptmerkmale des Polnischen zum Unterschied vom Tschechischen sind (wie ich einer freundlichen Mitteilung des Herrn Prof. Spina von der philosophischen Fakultät entnehme):

1. der Akzent auf der vorletzten Silbe jedes Wortes (im Tschechischen Betonung der ersten Silbe);
2. alle Vokale werden kurz gesprochen, das Tschechische hat lange und kurze Vokale;
3. viel weichere Aussprache der tschechischen Zischlaute (š, ž, č);
4. Nasalierung gewisser Vokale.

Leider bin ich nicht in der Lage, das Sprechen des Kranken an der Hand dieser erst post festum eingeholten Belehrung jetzt eingehender zu analysieren, glaube aber, daß es vor allem die Akzentuierung des Kranken und die weichere Aussprache der Zischlaute es waren, die für uns Laien seiner Aussprache den polnischen Charakter aufdrückten. In diesen beiden Momenten sind uns aber die Verbindungen gegeben, die den in seiner Gesamtheit vorläufig als einzig zu bezeichnenden Fall mit schon bekannten Tatsachen in Beziehung zu setzen ermöglichen.

In meinen „Beiträgen“ 1898, S. 124 berichtete ich von einer aphasischen Kranken, die ganz regelmäßig die Worte in der Weise falsch betonte, daß sie den Akzent sowohl der deutschen als der von ihr gesprochenen tschechischen Worte auf die letzte Silbe legte, obwohl, wie erwähnt, im Tschechischen der Akzent auf die erste Silbe fällt.

Insofern es sich in diesem Falle ebenfalls um Agrammatismus (im Rahmen einer sensorischen Aphasie) handelte, wäre, falls sich ein solches Zusammenvorkommen auch weiterhin noch gelegentlich nachweisen ließe, in dieser Tatsache ein wichtiger Hinweis lokalisatorischer Art gegeben[1]).

[1]) Eben während der Fertigstellung des Manuskripts befindet sich in der Klinik ein Tschechisch redender Mann, rechtsseitig hemiplegisch, mit ausgesprochen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dieses Zusammenfallen in unserem Falle ist um so bemerkenswerter, als auch die zweite Seite der Sprachstörung unseres Kranken zu Fällen hinführt, in denen ebenfalls gleichzeitig Agrammatismus vorhanden war.

Es ist schon in der Wiedergabe der mit dem Kranken vorgenommenen Examina da und dort angemerkt, daß die Art seiner Aussprache einen ausgesprochen infantilen Charakter zeigte. Ohne daß das Sprechen ganz allgemein den Lallcharakter der Kindersprache an sich getragen hätte, erinnerte es doch gerade durch seine Weichheit insbesondere im Aussprechen der tschechischen Zischlaute an diesen Sprechcharakter, während dies zusammen mit der falschen Akzentuierung wieder die Ähnlichkeit mit dem Polnischen hervorrief.

Eine durch das erstere charakterisierte, bei Erwachsenen infolge von Herderkrankung im Sprachgebiete neben anderen aphasischen und besonders häufig, anscheinend sogar regelmäßig mit agrammatischen Erscheinungen vergesellschaftete Form von Sprachstörung habe ich als sprachlichen Infantilismus beschrieben, und letzthin hat der leider so früh verstorbene v. Stauffenberg ein erstes derartiges Spezimen von einer deutsch sprechenden Patientin beschrieben[1]).

Die erste einschlägige Beobachtung findet sich vermerkt in der Publikation eines meiner Fälle von sensorischer Aphasie im Archiv für Psychiatrie 28, 33, wo es von dem Kranken heißt: Von dem Anfalle ab bestand sein ganzes Sprechen in einigen Worten, die er meist nach Kinderart, z. B. das „r" auslassend oder durch „l" substituierend vorbrachte; so rief er wiederholt: O „Kistus", dann (in tschechischer Sprache) „tomm her".

Als besonderen Typus einer durch Herdaffektion bedingten, in den Kreis der aphasischen Störungen gehörigen Sprachstörung habe ich dann die Erscheinung in der damals noch internationalen Zeitschrift Journal of Abnormal Psychol. I, Oktoberheft 1906 charakterisiert. Da ich von der dort aufgestellten Ansicht bezüglich der Pathogenese der Erscheinung auch hier Gebrauch machen will, muß ich etwas näher auf die Kritik eingehen, die ihr v. Stauffenberg hat zuteil werden lassen.

Hier habe ich noch zu bemerken, daß Meige in der Diskussion zu dem weiteren, unter Berufung auf meinen Vortrag von Haškovec in der Neurologischen Gesellschaft in Paris mitgeteilten Falle den sprachlichen Infantilismus als in den Rahmen des schon von Dupré be-

---

sensorischer Aphasie, Agrammatismus, der gelegentlich d wie t ausspricht und ganz regelmäßig die Herren der Visite als paní (Frauen) anstatt des auf der ersten Silbe betonten pani begrüßt.

[1]) Es ist eine verständliche lokale Besonderheit, wenn bis dahin die wenigen derartigen Fälle alle tschechisch redende Kranke betreffen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schriebenen Puerilismus gehörig bezeichnet. Auf Grund einer neuerlichen genauen Durchsicht der diesbezüglichen Veröffentlichungen Duprés kann ich mit aller Sicherheit behaupten, daß Dupré den Puerilismus, einschließlich der dabei vorkommenden entsprechenden Form der Sprache nur mit diffusen, speziell senilen und funktionellen Hirnstörungen im Zusammenhang bringt, keinesfalls aber das isolierte Auftreten der kindlichen Sprache als Folge cerebraler Herdaffektion kennt.

v. Stauffenberg (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 39, 93) erklärt die, wie er glaubt, von Hughlings Jackson, tatsächlich aber von mir auf Grund von Hughlings Jacksons allgemeinen Aufstellungen gegebene Deutung, daß es sich beim sprachlichen Infantilismus um einen Rückschlag in eine frühere Sprechweise handle, als eine unnötig komplizierte Erklärungsweise. Er setzt ihr die entgegen, daß es sich um eine reine Schwerfälligkeit des Sprechmechanismus handle; er spricht an einer anderen Stelle von Neigung zu möglicher Verringerung der motorischen Sprachleistung[1]).

Gerade der letzte Passus fällt aber im wesentlichen zusammen mit dem, was ich an der zitierten Stelle darüber ausgeführt und was v. Stauffenberg, offenbar weil an so versteckter Stelle abgedruckt, entgangen war, und auch sonst lassen sich die beiden Ansichten in Einklang bringen, worauf ich hier auch deshalb eingehe, weil mir die von v. Stauffenberg für seine Ansicht angeführten Tatsachen der Beobachtung einer anderen Deutung bedürftig sind.

v. Stauffenberg weist nämlich darauf hin, daß seine Kranke bei besonderer Anstrengung und darauf hingelenkter Aufmerksamkeit besser spreche, die Buchstabenfehler sich verringerten. Ich möchte vor allem glauben, daß die darauf hingelenkte Aufmerksamkeit die Ursache der besonderen Anstrengung und damit des besseren Sprechens war und daß diese Tatsache nichts anderes beweist, als daß ganz analog dem gleichen Verhalten auch in der Norm, wenn man sich gehen läßt, das Sprechen automatisch und deshalb dem laxeren Gebrauche mehr entsprechend vor sich geht, dagegen durch die Aufmerksamkeit auf die gewollte, bessere Höhe gebracht wird. Und damit stimmt auch das überein, was v. Stauffenberg noch anführt, nämlich daß bei seiner Kranken das Lautlesen besser war und die einzelnen Buchstaben gut ausgesprochen werden.

In diesem Zusammenhange muß ich noch einen zweiten Differenzpunkt gegenüber v. Stauffenberg erledigen, nicht bloß weil derselbe im allgemeinen nicht ohne Widerspruch hingenommen werden kann,

[1]) Ich will bei dieser Gelegenheit bemerken, daß der Linguist Whitney bezüglich des hier in Betracht kommenden Lautwandels von einem „Trieb zu erleichtern" spricht, ein anderer, Sayce direkt laziness als die Grundlage dafür nennt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern weil er in Rücksicht der Lokalisation des vorliegenden Falles unmittelbar in Frage kommt. v. Stauffenberg will den sprachlichen Infantilismus aus einer „meist leichteren Funktionsstörung im Bereiche der motorischen Sprachregion" erklären. Er beruft sich dafür zunächst auf den Fall von Haškovec, der die Erscheinung bei motorischer Aphasie zeigte. Man kann diesen Fall als Beweis für die These gelten lassen; weniger beweisend erscheint mir der Hinweis auf den Fall von Kirchner, in dem die gleiche Störung nach Entfernung eines die Brücke drückenden Blutkoagulums vorübergehend auftrat.

Am wenigsten kann aber die Deutung befriedigen, die v. Stauffenberg seinem eigenen Falle gibt. Es handelt sich um eine 54jährige Frau, die im Anschluß an längerdauernde Herzbeschwerden unter den Erscheinungen eines leichten Insultes mit rechtsseitiger Hemiparese und Sprachstörung im März 1910 erkrankte. Sprache anfänglich stark gestört; Sprachverständnis (der Anamnese nach!) immer gut. Beginn der Beobachtung November 1911. Befund: Agrammatismus und sprachlicher Infantilismus. Sektionsbefund des Gehirns: Leichte Atrophie im ganzen, kein Defekt, keine Herde, obwohl das ganze Gehirn in Serienschnitte zerlegt wurde.

v. Stauffenberg nimmt nun als Ausgangspunkt der Funktionsstörung in seinem Falle eine Embolie im Bereiche der linken Zentralwindung und Broca-Region mit dauernder Ernährungsstörung in diesem Gebiete an.

Für die Dauerhaftigkeit der Symptome (2 Jahre) glaubt er die allgemeine Ernährungsstörung und Kachexie, vielleicht auch speziell toxische Einflüsse von der Tuberkulose her verantwortlich machen zu dürfen.

Ich kann diese Auffassung nicht teilen, weil es mir mit allem, was wir bezüglich der Anatomie einer nicht bloß transitorischen Embolie wissen, in Widerspruch zu stehen scheint. Am wahrscheinlichsten erscheint mir die Deutung des Falles als eines solchen präseniler Hirnatrophie, in dessen Verlauf schlagähnliche Zustände mit auch stationär bleibenden Herderscheinungen (analog den atypischen Paralysen) vorkommen. Dementsprechend halte ich auch die Beziehung der Erscheinungen zur Broca-Stelle für durchaus nicht gesichert, und zwar um so mehr, als ich angesichts der Laienanamnese auch die Frage des Sprechverständnisses für durchaus nicht so gesichert halte, wie es anscheinend v. Stauffenberg getan.

Und damit komme ich auf die gleiche Frage in unserem Falle; auch in diesem halte ich eine Entscheidung bezüglich der Lokalisation des Agrammatismus, und diese muß ja auch richtunggebend, wenigstens vorläufig für diejenige des sprachlichen Infantilismus sein, nicht für möglich; weder der Befund noch auch die Anamnese bieten dazu ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nügende Anhaltspunkte, und dementsprechend halte ich die diesbezügliche allgemeine Formulierung v. Stauffenbergs nicht für genügend begründet. —

Wenn ich in den vorstehenden Erörterungen unbedenklich von der Annahme ausging, daß es sich auch im vorliegenden Falle um organisch bedingte Erscheinungen handelt, so muß ich jetzt nachträglich doch des wichtigen Einwandes gedenken, der sich aus der Anwesenheit sichtlich hysterischer Erscheinungen bei dem Kranken herleiten läßt. Denn gleichwie der älteste bekannte Fall von Agrammatismus, derjenige von Deleuze, ein hysterisch bedingter ist, so ist es eine jetzt ebenso geläufige Tatsache, daß im Rahmen des hysterischen Puerilismus auch die entsprechende Sprachstörung sich findet. Es mögen deshalb in Kürze die Momente hervorgehoben sein, die für den von mir eingenommenen Standpunkt angeführt werden können.

Zuerst die der Anamnese zu entnehmende Tatsache bezüglich des Eintrittes und der Symptomatologie der gleichzeitig mit der Sprachstörung beobachteten übrigen Erscheinungen, deren noch bei der jetzt gepflogenen Untersuchung vorhandene Reste wohl unzweifelhaft für deren organische Natur sprechen. Dies und die Angabe, daß die damalige Sprachstörung der jetzigen gleich gewesen und daß insbesondere der polnische Beiklang mit der Besserung derselben sich entwickelt habe, sprechen wohl ebenso im Sinne meiner Annahme. Das gilt wohl auch bezüglich der langsamen Rückbildung der Erscheinungen, ebenso wie von der so erfolgenden Verschlimmerung derselben; endlich spricht dafür auch die mäßige Intensität derselben, die im Gegensatze steht insbesondere zu der groben Ausprägung der sprachlichen Erscheinungen in Fällen von hysterischem Puerilismus.

Etwas schwieriger dürfte es sein, die Verschlimmerung der sprachlichen Erscheinung zu erklären; am nächsten liegt es wohl, sie, ebenso wie die hysterischen Symptome solche einer Kriegsneurose sind, auch jene mit den erschöpfenden Strapazen, die der Kranke durchgemacht hat, in Zusammenhang zu bringen. Daß insbesondere der polnische Charakter der Sprache nach seiner Rückkehr stärker hervortrat, könnte darin begründet sein, daß der lange Aufenthalt im Polnischen durch unbeabsichtigte Nachahmung der ihn umgebenden allgemeinen Sprache verschlechternd eingewirkt haben mochte.

In einer Arbeit, in welcher ich die Echolalie als einen Sprachreflex zu erklären versucht habe (Fortschritte der Psychologie IV, Heft 1), habe ich auf die außerordentliche Nachahmungsfähigkeit jugendlicher Individuen für den Dialekt und Jargon der Umgebung hingewiesen; obwohl von Aphasischen, soweit ich sehe, Ähnliches bisher nicht bekannt ist, liegt die gleiche Annahme auch für sie nahe und für den vorliegenden Fall um so näher, als seine Sprachstörung sich im all-

Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

gemeinen als ein Rückfall auf eine kindliche Sprachstörung deuten ließ; es entspricht auch allgemein-pathologischen Erfahrungen, anzunehmen, daß eine schon in bestimmter Richtung abnorme Funktion zu weiterer Verschlimmerung in der gleichen Richtung neigt. —

Die hier besonders hervorgehobene Erscheinung wird man im Anschluß an die der allgemeinen Phonetik zu entnehmenden Kriterien als eine Änderung des Sprachcharakters bezeichnen müssen, in welche Kategorie auch der sprachliche Infantilismus gehört. Etwas ganz Gleichartiges scheint mir bisher in der Literatur nicht vorzuliegen.

Zum Teil als hierher gehörig kann eine Beobachtung von Bastian angeführt werden. Es ist der Fall eines durch lange Zeit in England angesiedelten Deutschen, der das Englische ohne jeden Beiklang spricht. Nach einem von Aphasie gefolgten Schlaganfalle kehrte wohl die frühere Geläufigkeit wieder zurück, aber sein Englisch zeigte von da ab einen deutlich deutschen Akzent.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Aus der Neurologisch-psychiatrischen Klinik der Jagiellonischen Universität in Krakau [Direktor: Prof. Dr. Johann Piltz].)

Über traumatische Neurosen nach Kriegsverletzungen.

Von

Dr. **Eugen v. Artwinski.**

(Eingegangen am 23. Oktober 1918.)

Wenn man über traumatische Neurosen schreibt, muß man mit Hauptmann gestehen, daß man an dieses Thema nur mit einem Widerstreben herantritt, da die Begriffe, mit denen man hier operiert, im praktischen Gebrauche sich nicht bewähren.

Die Aufgabe dieser Arbeit ist nicht die Besprechung der traumatischen Neurosen im allgemeinen, sondern nur der Neurosen nach äußerlichen Traumen (nach Schuß- und Schlagverletzungen).

Über dieses Thema existiert schon eine reiche Literatur, die aber in ihren Ergebnissen widersprechend ist; man kann kurz sagen, daß heute von irgendeiner einheitlichen Theorie, welche diese Erscheinungen erklären würde, noch keine Rede sein kann.

Unter den Theorien, welche die traumatische Neurose zu erklären suchen, finden wir einerseits diejenige von Oppenheim — mit seiner rein physikalischen Erklärung, wonach die Kraft des Traumas eine erschütternde Welle hervorrufen soll, welche bis zum Zentralnervensystem gelangt und dort Veränderungen in Form einer örtlichen Erschütterung oder Diaschisis verursacht, und andererseits die entgegengesetzte Anschauung, welche die traumatische Neurose als einen rein hysterischen, als einen mehr oder weniger bewußten Prozeß betrachtet. Den ätiologischen Faktor bilden hier Gedanken, Empfindungen und der Wille des Kranken. Die Entstehungsweise der Symptome wird von Lewandowsky, Jendrassik, Gaupp, Forster, Hildebrand u. a. „ideagen", „psychogen" u. dgl. genannt.

Zwischen diesen beiden extremen Anschauungen existiert eine ganze Skala von Übergängen, die sich entweder der einen oder der anderen nähern (Bruns, Liepmann, Schuster, Strümpell).

Schon das Wort „hysterisch" bildet den Ausgangspunkt für viele Widersprüche und bietet ein weites Feld für Kontroversen, weil dieser Begriff außerordentlich dehnbar ist und von vielen Autoren ganz ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schieden gedeutet wird. Als Beweis dafür könnte man hier die verschiedenen Definitionen der Hysterie anführen.

Wir stehen wieder vor der Frage, was die Hysterie zustande bringen kann und was sie nicht nachzuahmen vermag; kurz gesagt, ob die nach peripheren Traumen beobachteten Erscheinungen im Bereich der hysterischen Möglichkeiten liegen oder ob sie diese überschreiten.

Trotz der zahlreichen Definitionen der Hysterie und trotz der stark auseinandergehenden Ansichten gelingt es dennoch, gewisse Begriffe zu retten, welche von verschiedenen Schulen als eine gemeinsame Basis angesehen werden können und somit zu einer bequemeren Abgrenzung der hysterischen Erscheinungen dienen können. Solcher Auffassung — glaube ich — entspringt auch die Behauptung Oppenheims: „Würdest du anders denken, fühlen und wollen, so könntest du auch anders — dies bedeutet einen entscheidenden Faktor bei der Diagnose der Hysterie." In Anbetracht dessen entsteht jetzt die Frage, ob alle Erscheinungen, die wir nach äußerlichen Traumen beobachten, unter diese Oppenheimsche Definition fallen oder nicht; ob sie von den Gedanken, Gefühlen und den Willensakten abhängig sind oder nicht.

Auf Grund der oben angeführten Erwägungen können wir nun zur Analyse der einzelnen Erscheinungen schreiten, bei gleichzeitiger Besprechung ihrer bisherigen Erklärungsversuche.

Den Ursprung der traumatischen Neurose muß, wie schon das Wort allein besagt, offenbar das Trauma bilden. Schon Charcot nahm an, daß die unmittelbare Wirkung des äußerlichen Traumas auf reflektorischem Wege eine Hemmung der Funktion hervorrufen kann. Diese Störung würde sich aber rasch ausgleichen, wenn sich nicht die Autosuggestion hinzugesellen würde und die Hysterie nicht hinzu[illegible] (nach Oppenheim).

Wir sehen, daß in dieser Anschauung von Charcot, die gegenwärtig aktuellen Theorien Liepmanns und Strümpells inbegriffen sind.

Bei der Annahme der Theorie von Charcot drängen sich zwei Fragen auf: wie lange dauern diese reflektorischen Spuren des Traumas an und wann tritt die Hysterie in Erscheinung? Mit anderen Worten, wie lange dauert die reflektorische Hemmung infolge der physiologischen Wirkung des Traumas, und wann beginnt der schon vom Denken, Fühlen und Wollen des Kranken abhängige, d. h. der hysterische Prozeß.

Wenn ich die bisherigen Untersuchungsergebnisse anderer Autoren kurz zusammenfassen soll, so muß ich sagen, daß in bezug auf die traumatische Neurose Standpunkte eingenommen worden sind, welche ich ein- und zweiphasig nennen würde. Zu der ersten (einphasigen)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gruppe gehören einerseits alle Richtungen, welche die Erscheinungen der traumatischen Neurose mit der traumatischen Hysterie identifizieren und andererseits die Oppenheimsche physikalische Erklärung der Erscheinungen. Zu der zweiten (zweiphasigen) Gruppe gehören die Anschauungen Liepmanns und v. Strümpells, welche in ihre Erwägungen ein neues Moment in Form der Zeit einführen und die Erscheinungen der traumatischen Neurose in zwei Stadien einteilen. Anfangs eine Wirkung von mehr oder weniger materieller Natur, welche erst nach einer gewissen Zeitdauer (unbekannt wie lange), unter dem Einfluß weiterer verschiedenartiger nicht mehr physiologisch-pathologischer, sondern psychologischer und psychopathologischer Faktoren in eine zweite Phase, welche mit der traumatischen Hysterie identisch ist, übergeht.

Das wären ungefähr alle mir bekannten wichtigeren Standpunkte, welche hinsichtlich der traumatischen Neurosen im allgemeinen und der Neurosen nach peripheren Traumen im besonderen eingenommen wurden.

Beim Eingehen auf diese Diskussion drängt sich uns unwillkürlich die Frage auf, ob das Spiel des Einsatzes wert sei, d. h. ob es der Mühe wert sei, Fragen zu stellen, auf welche es bei den gegenwärtigen Erkennungsmethoden keine Antwort geben kann? Mit anderen Worten: es fragt sich, ob wir ausreichende Motive und genügende Gründe haben, um die Erscheinungen der Neurosen nach peripheren Traumen aus dem so umfangreichen Felde der hysterischen Störungen zu eliminieren und abzusondern; ob dabei nicht etwa ein Denkprozeß in Betracht kommt, von welchem Jendrassik sagt, daß, wenn man diese Erscheinungen als besondere Neurosen absondern und aus ihnen separate nosologische Einheiten schaffen will, so tut man dasselbe, was man tun würde, wenn man aus den verschiedenartigen und zahlreichen Erscheinungen einer nosologischen Einheit, wie die Tabes dorsalis, eine ganze Reihe verschiedener Krankheiten einzig und allein auf Grund der Verschiedenheit der konstatierten Symptome schaffen wollte. Kurz, es fragt sich, ob die nach peripheren Traumen beobachteten Erscheinungen uns mit ihren Eigenheiten zur Absonderung von den hysterischen Erscheinungen zwingen und ob wir demzufolge gezwungen sind, eine besondere Erklärung für deren eigene Merkmale zu suchen?

Eine entscheidende Antwort auf diese Frage können freilich nur Tatsachen selbst geben; die Erklärung derselben hat schon eine geringere Bedeutung und läßt dem individuellen Ermessen großen Spielraum.

Es handelt sich hier somit um diese oder jene Klassifikation der bei Neurosen nach peripheren Traumen beobachteten Erscheinungen. „Eine Klassifikation ist immer ein mehr oder weniger künstliches Produkt des Geistes", sagt Bieganski, „und wurde einzig und allein zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erkenntniszwecken geschaffen. Ungeachtet dessen auf welche Art wir unsere Gattungsbegriffe bilden, werden die unterschiedenen Klassen immer gut ihre Aufgabe unter folgenden Bedingungen erfüllen, wenn sie:

1. eine möglichst größte Anzahl von Ähnlichkeiten enthalten, und
2. wenn sie deutlich von anderen Klassen abgegrenzt sind."

Die Klassifikation ist ein künstliches Produkt, welches uns die Orientierung in der reichen Wirklichkeit des Lebens erleichtert. Folgen wir nun dem Gedankengange Bieganskis weiter: „Es ist erforderlich, daß der Gattungsbegriff einer Krankheit gewissermaßen das Ganze eines abgesonderten Ereignisses und eine genetische Verbindung der Symptome darstelle. Wo wir eine solche genetische Verbindung unter den beobachteten Erscheinungen nicht nachweisen können, dort haben wir eigentlich nicht mit einer pathologischen Gattung zu tun, sondern mit einer künstlichen, beschreibenden Zusammenfassung der Erscheinungen. Insbesondere begegnen wir in der zeitgenössischen Neuropathologie sehr vielen solchen Krankheitseinheiten, welche auf loser Zusammenfassung der Erscheinungen beruhen. Hierher gehörten unzweifelhaft: Paramyoclonus multiplex, Erythromelalgie, Akroparästhesie, Morbus Raynaudi, Menièresche Krankheit usw."

Es handelt sich also darum, ob die nach peripheren Traumen beobachteten Erscheinungen den Bedingungen einer wissenschaftlichen Klassifikation entsprechen oder nicht; ob sie untereinander eine genügende Anzahl von Ähnlichkeiten aufweisen und ob man sie von anderen Klassen — im konkreten Falle, von der Hysterie — deutlich abgrenzen kann. Das ist eine Frage von großer theoretischer und praktischer Bedeutung, aber, wie wir sehen, schon ihrer Natur nach eine außerordentlich schwierige. Jede Klassifikation ist ein künstliches Produkt und je umfangreicher und weniger faßbar das zu klassifizierende Material ist, um so deutlicher kommt das Künstliche zum Ausdruck, — so ein flüchtiges und unfaßbares Material bilden eben die traumatischen Neurosen. Der Ausgangspunkt für die Aufstellung neuer Gattungen (wie Reflexlähmung, Entgleisung) war die Feststellung, daß wir während des Krieges nach Traumen Komplexe von Lähmungssymptomen beobachten, die sich von analogen hysterischen Erscheinungen doch unterscheiden.

Erst in zweiter Linie kam dann die Frage der Erklärung (durch lokale Erschütterung im eigenen spezifischen Sinne des Wortes Diaschisis) dieser neuen Tatsache, welche als nicht hysterisch eine neue Erledigung erforderte.

Uns interessiert ja hauptsächlich nicht die Erklärung dieser Erscheinung, sondern die Erscheinung selbst als solche und ihre Klassi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fikation. In ihrer Erklärung ist viel Willkür möglich und auch tatsächlich vorhanden; weil wir hier mit Hypothesen operieren, deren Richtigkeit man experimentell nicht einmal annähernd prüfen kann.

Ebenso wie vor dem Kriege beobachten wir auch während der Kriegszeit eine sehr große Anzahl hysterischer Lähmungen, bezüglich deren Wesen keinerlei Zweifel bestehen und welche tatsächlich auch die von Oppenheim angegebenen Merkmale besitzen.

„Sobald die Monoplegie vollständig ist, so sinkt die passiv gehobene Extremität wie leblos zurück. Fast immer kann man feststellen, daß sämtliche bewußten und vom Willen abhängigen Bewegungen aufgehoben sind, während die automatischen, die Affekt- und Spontanbewegungen mehr oder weniger erhalten sind. Häufig kann man feststellen, daß die passiv gehobene oder in einer gewissen Lage fixierte Extremität nur mit Hilfe der scheinbar verletzten Muskeln einen Augenblick in dieser Stellung verbleibt."

In der Mehrzahl der Fälle von Lähmungen nach Traumen sind die Symptome mit denjenigen der typischen hysterischen Lähmungen identisch.

Zur Illustration führe ich die beiden nachfolgenden Krankheitsgeschichten an.

Fall 1. A. O., 20 J., Landmann, ledig.

Hereditas: 0. Normale Entwicklung; venerische Krankheiten, Alkoholismus: 0. Pat. sei immer gesund gewesen. Im August 1916 zur Kriegsdienstleistung herangezogen; im März 1917 kam er ins Feld. Am 26. Mai 1917 durch Gewehrschuß am rechten Arm verwundet. Die Heilung der Wunde habe etwa einen Monat gedauert; nach diesem Monat, als man den Verband entfernte, hat sich herausgestellt, daß der Arm vollkommen gelähmt war.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 12. X. 1917 hängt die rechte Extremität wie leblos herab. Pat. führt auf Verlangen trotz scheinbarer Anstrengung mit dem rechten Arm keinerlei Bewegung aus. Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit nach passiver Hebung der Extremität verbleibt die letztere einen kurzen Augenblick in der ihr gegebenen Lage. Während der angestrebten Bewegung verbleiben alle Muskelgruppen der rechten oberen Extremität in Ruhe. Spontanbewegungen konnte ich an der verletzten Extremität nicht wahrnehmen. Keine EaR. Weder vasomotorische, noch trophische Störungen. Die Untersuchung des Schmerz- und Tastgefühls liefert wechselnde Resultate, doch besteht im allgemeinen eine gewisse Herabsetzung des Schmerz- und Tastgefühls im Bereiche der verletzten Extremität. Die Narbe ist gut verheilt. Einschuß in der Gegend des Metacarpus II; Ausschuß in der Gegend des Daumens.

Diagnose: Hysterische totale Lähmung des rechten Armes.

Therapie: Suggestive Faradisation verbunden mit anbefohlenen passiven und aktiven Bewegungen; nach einmaliger Sitzung gänzliche Heilung.

Fall 2. P. J., 26 J., Landmann.

Anamnese: Hereditas: 0. Pat. sei immer gesund gewesen. Die Erhebung einer genaueren Anamnese ist unmöglich, weil Pat. auf die Mehrzahl der Fragen entweder „ich weiß nicht" oder „ich kann mich nicht erinnern" antwortet. Seit dem Winter 1916 beim Militär. War nicht im Felde. Im Winter 1917 (kann den Monat nicht angeben) sei ihm plötzlich während der Übungen im linken Arm

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

warm geworden „wie wenn ihn ein warmer Wind umweht hätte", und er habe die Kraft in diesem Arm vollkommen verloren; eine Zeitlang habe er mit dem linken Arm gar keine Bewegungen ausführen können.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 4. I. 1918 fällt der im Ellenbogen gestreckte und passiv in die Höhe gehobene linke Arm langsam zurück. Alle passiven Bewegungen ausführbar und nicht schmerzhaft. Aktive Bewegungen: Hebt mit sichtbarer Anstrengung den Arm bis zur Höhe von 45° vom Rumpfe weg. Unvollkommene Beugung im Ellenbogengelenk. Bei der Hebung des Armes hängt die Hand herunter wie bei Laesio n. radialis. Faustballen nicht möglich. Hält den linken Arm ständig in einer gewissen Entfernung vom Rumpfe. Beim Ankleiden bemerkte ich unbedeutende Bewegungen der Finger der verletzten Extremität. Der Umfang des linken Oberarmes ist um 1 cm, der des Vorderarmes um 2 cm geringer als des rechten. Cyanose des linken Armes reicht bis über das Ellenbogengelenk hinauf. Dieselbe verschwindet jedoch bei Hebung der Extremität völlig. Temperatur beider Arme gleich. Hypästhesie, Analgesie und Aufhebung des Schmerzgefühls gegen starken faradischen Strom bis zum Ellenbogengelenk. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven normal. Bei dieser Untersuchung konnte ich nun feststellen, daß die Extremität trotz Ausschaltung des elektrischen Stromes in der angenommenen Lage verblieb, sobald ich nicht die Elektrode abhob.

30. I. 1918: Status idem.

2. II. 1918: Suggestive Faradisation; in dem Maße, wie sich die aktiven Bewegungen besserten, stellte sich in der ganzen Extremität, besonders aber in der Hand bei dem Versuch der Dorsalflexion, ein grobschlägiger Tremor ein. Nach etwa einer Viertelstunde jedoch ist es uns gelungen, auch das Zittern zu überwinden; der Pat. begann, zuerst zwar mit einem gewissen Widerstreben, die Bewegungen im Bereiche aller Muskeln normal auszuführen.

Wir begegnen nach Schußverletzungen auch anderen Bildern, die von dem für hysterische Lähmungen als typisch anerkannten Allgemeinbilde mehr oder weniger abweichen. Diese atypischen Phänomene (Atonie der lädierten Muskelgruppen; die Extremitäten behalten die ihnen gegebene Position auch ohne Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten bei; vasomotorische und trophische Veränderungen; Fehlen der unwillkürlichen Spontanbewegungen usw.) haben deren Absonderung von den hysterischen Lähmungen als besondere Symptomenkomplexe, die Schaffung besonderer Bezeichnungen sowie Hypothesen, welche ihre Mechanismen erklären würden, notwendig gemacht.

Unter anderen Möglichkeiten drängt sich die Frage auf, ob diese atypischen Lähmungen nicht etwa eine fixierte erste Phase der traumatischen Neurose im Sinne von Liepmann darstellen und eben durch diese physikalische (im Sinne Liepmanns) Herkunft vom Typus der banalen hysterischen Lähmungen abweichen. Denn wir wissen ja nicht, wie lange diese reflektorische Lähmung andauert und in welchem Grade und ob sie überhaupt für Therapie zugänglich wäre, wobei wir annehmen, daß die eigentliche Psychotherapie auf diese Erscheinungen ohne jeden Einfluß bleiben müßte. Dabei ergibt sich aber eine neue Schwierigkeit, da die Diagnose ex iuvantibus unmöglich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird. Daß in solchen Fällen ein starker faradischer Strom als solcher vielleicht irgendeinen Einfluß ausübt, beweist der von Cassierer mitgeteilte Fall, der auf einer Kombination organischer und funktioneller Symptome nach einer Verletzung durch Granatsplitter beruht, wo der rechte Patellarreflex — wenngleich schwach — dennoch zeitweise zurückkehrte. Da wir nicht wissen, wie diese Symptome sich zu dem heute so häufig und fast allgemein angewandten faradischen Strome verhalten, können wir nicht mit völliger Sicherheit sagen, ob die posttraumatischen Symptome nicht etwa — ähnlich wie die hysterischen Erscheinungen — bei analoger Behandlung mit faradischem Strome schon in diesem ersten Stadium zurücktreten.

Die Schwierigkeiten der Abgrenzung dieser atypischen Lähmungen von den gewöhnlichen hysterischen Lähmungen beruhen darauf, daß — wiewohl deren psychologische und vielleicht auch physiologische Mechanismen anscheinend sehr verschieden sind — wir dennoch nicht mit unbedingter Sicherheit behaupten können, sie seien vom Denken, Willen und Empfinden des Kranken unabhängig, mit einem Wort: sie seien nicht hysterisch; denn wir haben keine genügenden Beweise dafür, daß Hypothesen, wie man solche zu ihrer Erklärung aufstellte, nicht — im Sinne von Nonne — lediglich verschiedene Beschreibungen solcher innerhalb der Grenzen der Hysterie liegender Erscheinungen sind. Und Oppenheim sagt ausdrücklich, er fasse den Begriff „Reflexlähmung" nur hypothetisch auf und könne ihn von der Akinesia amnestica nicht deutlich abgrenzen, deren letzte Fuge die von der „Reflexlähmung" sich kaum mehr unterscheidende Funktionsausschaltung ist, während die Akinesia amnestica für andere Autoren eine ausschließlich hysterische Erscheinung ist.

Was bis heute als unbedingter Prüfstein bei der Abgrenzung des Funktionellen vom Organischen galt: das Zurücktreten der funktionellen Störung unter dem Einfluß der Psychotherapie und die Machtlosigkeit der letzteren gegenüber organischen Störungen, beginnt man heute von verschiedenen Seiten anzufechten; denn wie Fröschels ausführt, wäre es möglich, daß ein starker Willensimpuls im Bereiche der organisch beschädigten Hirnpartie ein therapeutisch günstiges funktionelles Resultat geben könnte.

Fall 3. S. J., Landmann, 21 J.

Anamnese: Hereditas: 0. Normale Entwicklung. Im Alter von 15 Jahren Polyarthritis; seitdem häufiges Herzklopfen. Venerische Krankheiten, Alkoholismus: 0.

Seit 1915 beim Militär. Vom 1. X. 1915 bis zum 10. VIII. 1916 an der Front, dort durch Granatsplitter am linken Arm verwundet. Fünf Monate im Spital und Rekonvaleszentenheim, sodann beim Ersatzkader. Am 10. III. 1917 neuerdings an die italienische Front; am 19. VIII. 1917 durch Steinsplitter getroffen und leicht am linken Arm und in der linken Seite verletzt. Wurde ins Feldspital ab-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegeben. Wie aus den Spitalsdokumenten hervorgeht, war der linke Arm angeschwollen. Pat. habe schon im Feldspital bemerkt, daß er den Arm nur höchstens bis zu 45° vom Rumpfe heben konnte. Einen Monat vor seiner Aufnahme in die Klinik habe er beim Essen noch nicht den Löffel in der Hand halten können.

Am 20. IX. 1917 bei der Aufnahme hatte Pat. beim Strecken der Arme nach vorne keine Schmerzen, während ihm das Heben der Arme seitwärts Schmerzen im linken Schultergelenk verursachte. Bei passiver Hebung der linken Extremität behielt sie Pat. ohne Ablenkung der Aufmerksamkeit in der angegebenen Position. Die Extremität fiel jedoch augenblicklich herab, sobald man sie mehr oder minder der wagerechten Linie näherte. Mit Mühe und nur mangelhaft ist Faustballen möglich. Aktive Hebung bis zu 45°. Die Reflexe, Sensibilität, Temperatur und Farbe sowie elektrische Erregbarkeit der Muskel und Nerven normal.

Diagnose: Partielle, funktionelle Lähmung des linken Armes.

Therapie: Warme Bäder und Massage.

Verlauf: Binnen einiger Monate kehrte die Beweglichkeit völlig wieder. In der Kälte wird der Arm cyanotisch; es treten dann Schmerzen im Vorderarme auf, und das Faustballen wird schwierig. Temperaturen wenig unter Null verbleiben ohne sichtbaren Einfluß auf die Bewegungen und die Vasomotoren.

Neben anderen Vermutungen könnte man im vorliegenden Falle an eine Nervenerschütterung im Sinne von Marburg denken.

Fall 4. K. K., 44 J., Landmann, verheiratet.

Anamnese: Ein Bruder des Pat. ist Epileptiker. Pat. selbst habe in der Kindheit an häufigen Schwindelanfällen und Kopfschmerzen gelitten. Enuresis nocturna bis zum 17. Lebensjahr. Venerische Krankheiten und Alkoholismus werden negiert. Im Dezember 1914 Bauchtyphus. Seit dem 20. VI. 1915 in Militärdienstleistung. War acht Monate im Felde; im Mai 1916 verschüttet und von Granatsplittern getroffen. Pat. sei vier Stunden bewußtlos gewesen; seitdem geschwächtes Hörvermögen und Schwäche des linken Armes.

Am 8. II. 1917, bei der Aufnahme in die Klinik, klagte Pat. über Schmerzen im linken Arme und in der linken Brustseite. Die Haltung des linken Armes ist wie bei einer Radialislähmung. Der linke Unterarm ein wenig dünner als der rechte. Die Fingerspitzenkuppen und die Intercostalmuskeln der Hand atrophisch. Die Hebung des linken Armes bis zur wagerechten Lage möglich, ist jedoch mit Schmerzen an der Innenseite des Armes verbunden. Die Beugung und Streckung im Ellenbogen stark beeinträchtigt. Im Handgelenk keine aktive Bewegung möglich; die Bewegungen der Finger mit Ausnahme des ersten Fingers der linken Hand sind aufgehoben. Beim Versuch des anbefohlenen Faustballens sichtbare Anspannung des Biceps. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln aufgehoben; die Sehnen- und Periostreflexe erhalten; ebenso die elektrische Erregbarkeit. Cyanose des linken Armes und Anschwellung am sichtbarsten im Bereiche der Hand. Das Schmerz- und Tastgefühl in der linken Körperhälfte beeinträchtigt. Die otiatrische Untersuchung des Doz. Dr. Imhofer ergab Erschütterung des Labyrinthes und überstandene Ruptur des Trommelfelles.

Diagnose: Spuren nach Gehirnerschütterung und funktionelle Lähmung des linken Armes.

20. III. 1917: Status idem.

27. III. 1917: Nach mehr als einstündiger Faradisation mit starkem faradischem Strome, verbunden mit entsprechender Gymnastik (Pat. ist gar nicht suggestiv), gelang es, die Bewegungen im Bereiche aller Muskelwege des linken Armes — jedoch nur in sehr geringem Ausmaße — wieder herzustellen. Die Cyanose und Schwellung blieben unverändert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. V. 1917: Der linke Arm und die Finger angeschwollen und cyanotisch; sämtliche Bewegungen des linken Armes ausführbar; Pat. hat jedoch noch nicht die frühere Kraft im Arme wiedererlangt. In der Kälte steigert sich die Cyanose; ebenso auch beim Waschen mit kaltem Wasser, bei welcher Gelegenheit außer der Cyanose für eine gewisse Zeit noch eine Schwäche der Muskeln des linken Armes hinzukommt. In diesem Zustande aus der Klinik entlassen.

Fall 5. W. J., 28 J., Ofensetzer, verheiratet.

Anamnese: Der Vater Potator. Pat. sei bis zu seinem 20. Lebensjahre gesund gewesen; seit seinem 20. Lebensjahre komme er leicht in Erregung und zittere dabei. Kein Alkoholmißbrauch, keine venerischen Krankheiten. Im Alter von 27 Jahren geheiratet. Pat. sei zu Kriegsbeginn an die Front gekommen. Am 26. X. 1914 eine leichte Schußverletzung des Kopfes. Im Dezember 1915 neuerdings ins Feld. Im Mai 1915 Durchschuß des linken Armes. Im September 1915 zum drittenmal an die Front, wo er ununterbrochen bis Januar 1916 verblieb. Pat. sei von Granatsplittern am Kopfe getroffen worden, sei nach Stanislau ins Spital übergeführt worden, wo man ihn in der Narkose operiert habe. Nach der Entfernung des Verbandes sei der linke Arm noch ungefähr zwei Monate bis zum Ellenbogen angeschwollen und cyanotisch geblieben. Nach dem Zurücktreten der Anschwellung sei der linke Arm an der stärksten Stelle um $2^1/_2$ cm dünner gewesen als der rechte. Nach Ausheilung der Wunde trat komplette Lähmung der Beuge- und Streckmuskeln im Ellenbogen, im Handgelenk und in den Fingern auf. Pat. sei nach Wien geschickt worden, wo er nach Mechanotherapie in sechs Wochen die Beweglichkeit zurückerlangte; am frühesten und am leichtesten seien die Bewegungen im Ellenbogen, dann im Handgelenk und am schwierigsten in den Fingern möglich gewesen. Pat. habe auch bemerkt, daß der linke Arm in der Kälte leicht cyanotisch wurde und daß er dann den Arm schwieriger handhaben konnte.

Am 26. X. 1917 bei der Aufnahme in die Klinik war die Pronation und Supination des Vorderarmes leicht beeinträchtigt; die Flexion des 2., 3., 4. und 5. Fingers war nur bis zur Hälfte möglich; bei weiterdauernder Anstrengung trat ein grobschlägiger Tremor der Finger auf. Die Reflexe erhalten. Keine trophischen und vasomotorischen Störungen. Die Sensibilität erhalten.

20. I. 1918: Status idem.

25. I. 1918: Suggestive Faradisation; das Festdrücken einer Elektrode anbefohlen. Nach wenige Minuten dauernden Übungen wurde vollkommene Flexion schon ohne Tremor erzielt; die frühere Kraft allerdings noch nicht zurückgekehrt.

8. II. 1918: Die Flexion der Finger immer noch schwächer. In der Kälte wird die Hand cyanotisch, und es treten ungefähr bis zur Hälfte des Vorderarmes Schmerzen auf; Steifwerden der Finger.

Fall 6. S. K., 43 J., Bahnbeamter, ledig.

Anamnese: Der Vater Potator; die Mutter litt an nervösem Herzklopfen. Pat. selbst hat sich normal entwickelt und sei stets gesund gewesen. Alkoholismus und venerische Krankheiten werden negiert. Zu Kriegsbeginn an die russische Front gekommen, von wo am 12. VIII. 1915 an die italienische Front.

Im März 1916 sei in seiner Nähe eine Mine explodiert, und er habe einen Schlag gegen den rechten Arm erlitten; es habe sich ein Gefühl des Abgestorbenseins eingestellt. Er habe den Arm nicht heben und in der Hand nichts halten können. Allmählich seien ohne Behandlung sämtliche Bewegungen wiedergekehrt und es blieb nur eine unbedeutende Beeinträchtigung der Flexion des 3., 4. und 5. Fingers der rechten Hand, die übrigens nur unter sichtbarer Anstrengung und höchstens bis zur Hälfte ausgeführt wird. Bei weiterer Anstrengung tritt ein ausgesprochenes Zittern des 3., 4. und 5. Fingers auf.

Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

25. I. 1918: Allgemeine Besserung. Die vollkommene Flexion ist jedoch noch nicht ausführbar; in der Kälte andauernde Verschlimmerung.

26. I. 1918: Suggestive Faradisation wie im 5. Falle. Vollständige Besserung. Das Störungsgefühl an der Handfläche ist geschwunden.

12. II. 1918: In der Kälte wird die Hand cyanotisch; die Flexion ist dann auch schwer ausführbar.

Diagnose: Funktionelle Lähmung der rechten Hand.

Fall 7. Z. J., 25 J., Arbeiter.

Anamnese: Hereditas 0. Pat. sei immer gesund gewesen. Dient seit Kriegsbeginn beim Militär. Am 16. VI. 1915 habe ihn ein Sprengsplitter an der dorsalen Seite der rechten Hand getroffen und die zweite Phalanx des 5. Fingers gebrochen. Sofort nach dem Trauma habe Pat. die Macht in den Fingern der rechten Hand verloren. Im Laufe von ungefähr einer halben Stunde nach dem Unfall sei die Hand angeschwollen und cyanotisch geworden. Pat. sei bisher mit Massage Gymnastik und Bädern in Pistyan behandelt worden. Die Anschwellung sei allmählich zurückgegangen, und die Bewegungen haben sich langsam wieder eingestellt.

26. V. 1917. Bei der Aufnahme in die Klinik gibt Pat. an, daß er die Flexion mit den Fingern der rechten Hand nicht ausführen könne, führt sie jedoch auf Verlangen zur Hälfte aus. Die weitere Flexion unmöglich. Die Bewegungen im Bereiche des Schulter- und Ellbogengelenkes normal. Sensibilitätsstörungen (Hypästhesie und Hypalgesie) in Gestalt eines Handschuhes. Stellenweise cyanotische Flecken, die unter Druck verschwinden (Erweiterung der Gefäße), im Bereiche der rechten oberen Extremität. Die rechte Hand angeschwollen; stark ausgesprochene Hyperhidrosis an der Volarseite.

1. VII. 1917: Status idem.

5. VII. 1917: Mit suggestiver Faradisation wurde vollständige Flexion erzielt, obzwar die frühere Kraft noch nicht zurückgekehrt ist. Die Anschwellung und Erweiterung der capillaren Gefäße unverändert.

10. VIII. 1917: Händedruck etwas kräftiger. Nach Bewegungen des rechten Armes tritt anfallsweise eine überaus starke Hyperhydrosis an der Volarseite auf und dauert etwa $1^1/_2$ Stunden an.

29. I. 1918: In der Kälte wird die Hand cyanotisch, die Anschwellung vergrößert sich, und es stellt sich neben erschwerter Beweglichkeit ein Gefühl von Fremdheit der Hand ein. Die Anschwellung ist noch immer sichtbar, aber nur noch im Bereiche der Finger. Die fleckartige Erweiterung der capillaren Gefäße unverändert. Beim Waschen mit kaltem Wasser wird die Hand cyanotisch und die Anschwellung größer. In diesem Zustande wurde Pat. entlassen.

Fall 8. D. P., 25 J., Kaufmann.

Anamnese: Hereditas 0. Pat. sei immer gesund gewesen. Dient seit Kriegsbeginn beim Militär. Im Jahre 1915 Schußverletzung der Bauchmuskeln. Nach erfolgter Heilung neuerdings an die Front. Im Januar 1917 Schußverletzung in der Metakarpalgegend der rechten Hand. Vom Januar bis zum Juli war die Hand bis zum Handgelenk angeschwollen und steif wie ein Brett; erst im Laufe der mechanotherapeutischen Behandlung ist die Anschwellung zurückgegangen und die Beweglichkeit langsam zurückgekehrt. Seit dem Trauma sei das Schmerz-, Tast- und thermische Gefühl beeinträchtigt gewesen.

24. X. 1917: Röntgenologischer Befund bei der Aufnahme in die Klinik: Ein Metallsplitter ungefähr in der Höhe von der Hälfte des Metacarpus II; eine diagonale Fraktion am Metacarpus IV. Die Ab- und Adduction der Finger sehr langsam und unvollständig. Die Flexion nicht ausführbar; beim Versuch der passiven Flexion zischt Pat. vor Schmerz. Die Opposition des 1. Fingers ist sehr lang-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sam und unvollständig. Die rechte Hand ist kälter als die linke. Cyanose. An der Volarseite ist die Haut angespannt und glänzt. Hyperhidrosis an der Volarseite. Beim Senken des rechten Armes empfindet Pat. ein stechendes Gefühl und begründet es damit, daß er den Arm gewöhnlich im Ellenbogen gebeugt, wie in einer Binde zwischen den Brustknöpfen seiner Bluse zu halten pflege. Hypästhesie und Hypalgesie der rechten Hand. In der Kälte wird die Cyanose intensiver und die Schmerzen werden größer.

21. XII. 1917: Die Flexion der Finger der rechten Hand deutlicher als bei der ersten Untersuchung, jedoch nur zur Hälfte möglich. Beim Versuch der weiteren Flexion tritt Schmerz und grobschlägiger Tremor der Finger auf. Das Glänzen der Hand hält an; ebenso ist die Hyperhidrosis unverändert.

1. II. 1918: Faradisation verbunden mit Flexionsübungen aller Finger zusammen, sowie jedes einzelnen Fingers. Nach einmaliger Sitzung wurde vollständige Flexion erzielt; doch klagt Pat. andauernd über Schmerzen, die bei der Ausführung der Volarflexion auftreten und vom ersten Finger auf die ganze Hand ausstrahlen.

8. II. 1918. Das Glänzen der Haut ist geschwunden; die Cyanose, das Schwitzen und die Schmerzen bestehen weiterhin. Die Sensibilitätsstörungen betreffen nur die Finger.

Diagnose: Funktionelle Lähmung der rechten Hand.

Fall 9. Z. H., 20 J., Landmann.

Anamnese: Hereditas 0. Pat. sei immer gesund gewesen. Dient seit Anfang 1915 beim Militär und war ununterbrochen zwei Jahre an der Front. Am 16. VIII. 1917 erlitt er einen Durchschuß der rechten Hand. Die Heilung der Wunde dauerte etwa $1^1/_2$ Monate. Sofort nach der Verwundung fiel die Hand schlaff herab wie bei einer Radialislähmung.

27. X. 1917: Bei der Aufnahme in die Klinik hängt die rechte Hand wie bei einer Radialislähmung hinunter. Nach passiver Hebung fällt die Hand momentan in die frühere Lage zurück; keine Spur von Dorsalflexion; andere Bewegungen unverändert. Die Pronation und Supination erschwert; die Sensibilität unverändert. Die rechte Hand cyanotischer als die linke. Hyperhidrosis an der Volarseite. Keine EaR. Die Einschußnarbe in der Höhe des unteren Drittels des Vorderarmes; der Ausschuß näher dem Ellenbogen, ungefähr in der Mitte des Unterarmes gelegen.

29. XII. 1917: In der Kälte wird die Hand cyanotisch, wonach verstärktes Schwitzen auftritt. Die rechte Hand kälter als die linke. In bezug auf die Bewegungen derselbe Zustand, wie bei der ersten Untersuchung.

2. II. 1918: Faradisation verbunden mit Anlernung der entsprechenden Bewegungen. Anfangs fiel die Hand sofort in die frühere Lage zurück, auch ohne daß die Elektrode abgehoben wurde, sobald nur der elektrische Strom unerwartet aussetzte. Nach etwa 20 Minuten jedoch gelang es, die Bewegungen im Handgelenk zurückzuerlangen, die allerdings anfangs sehr schwach waren.

26. II. 1918: Die Cyanose und das Schwitzen dauern fort.

Diagnose: Funktionelle Lähmung der rechten Hand.

Zwecks genauerer Analyse dieser atypischen Lähmungen nach äußerlichen Traumen dürfte es — meiner Ansicht nach — praktisch sein, die in den betreffenden Symptomenkomplex fallenden Symptome einzeln zu betrachten. Beginnen wir mit den Störungen der Motilität. Hier kann ich nach Nonne wiederholen, daß sie vom gewöhnlichen Bilde der hysterischen Lähmungen abweichen und symptomatologisch eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigene Stellung einnehmen. Es ist infolgedessen verständlich, daß manche Autoren, wie z. B. J. Piltz und Fr. Schultze, von „funktionellen Lähmungen" sprechen.

Trotz des Unterschiedes der Motilitätsstörung als solcher (abgesehen von anderen Symptomen: vasomotorische, trophische Störungen u. dgl.) von den typischen hysterischen Lähmungen, haben wir — glaube ich — nicht genügend Anhaltspunkte, die uns die unbedingte Abgrenzung dieser Lähmungen von den hysterischen in voller Bedeutung dieses Wortes gestatten würden.

Diesen atypischen Lähmungen begegnen wir immer nach Traumen, und es ist die Frage, ob nicht eben das Trauma sie atypisch macht. Ebenso wie sie sich symptomatisch von den gewöhnlichen hysterischen Lähmungen unterscheiden, verhalten sie sich auch gegenüber der Therapie verschieden. Derartige posttraumatische Erscheinungen, welche vorwiegend in den ersten Monaten nach dem Trauma der Behandlung widerstehen, werden ihr mit der Zeit zugänglich. Diese Hartnäckigkeit läßt sich wohl gut durch die noch andauernde erste Liepmannsche Phase erklären, welche bei ihrem Übergang in die zweite deren Form gestaltet. Dieselbe wird endgültig durch Autosuggestion fixiert. Viel Wahrscheinlichkeit hat die Annahme, daß zahlreiche der sogenannten hartnäckigen traumatischen Hysterien eben zu dieser ersten Phase gehören und nach deren Ablauf von der Hartnäckigkeit viel einbüßen.

Sehr charakteristisch für diese Lähmungen ist ihre Abhängigkeit von den niedrigen Temperaturen (−5°, −6°), unter deren Einfluß eine bedeutende Erschwerung der Bewegungen bei noch vorhandenen Motilitätsstörungen auftritt — auch ein Gefühl des Widerstandes in der Kälte und einige Zeit noch nach der Rückkehr in die Zimmertemperatur. Das Gefühl des Widerstandes bei willkürlichen Bewegungen wird meistens von mehr oder weniger deutlicher Cyanose der Extremität sowie von einem Temperaturabfall begleitet. Dieses Merkmal ist niemals bei typischen hysterischen Lähmungen zu finden. Der Fall 6, bei welchem die Lähmung erst einige Monate nach dem Trauma mit dem Eintritt der Fröste sich einstellte, scheint mir für diese Lähmungen sehr instruktiv zu sein.

Wollte man Hypothesen aufstellen, so würde sich die Vermutung aufdrängen, ob diese sozusagen latente Lähmung nicht etwa unter dem Einfluß der niedrigen Temperaturen entsteht und durch die Erschwerung der willkürlichen Bewegungen und die Cyanose zum Ausdruck komme. Vor einer allzu voreiligen Erklärung der Autosuggestion warnt die praktische Bemerkung Berliners, man solle die Untersuchung der elektrischen Erregbarkeit in geheizten Räumen durchführen, weil man bei niedrigen Temperaturen Störungen finden könne, welche nach einem warmen Bad sofort verschwinden.

Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Das zweite, diese Lähmungen begleitende Symptom sind die Anschwellungen. Vom Gesichtspunkt Babinskis, Meiges, Devys und Duprés, die prinzipiell keine hysterischen Anschwellungen anerkennen, fällt die Diskussion über deren hysterischen Charakter von selbst weg. Auf Grund eines umfangreichen klinischen Materials, das wir während des Krieges zu beobachten Gelegenheit hatten, können wir die Anschauung Babinskis bestätigen: Wir haben tatsächlich bei typischen hysterischen Lähmungen nirgends Anschwellungen bemerkt. Diese Beobachtung ist von großer Bedeutung, „denn die statistische Methode ist diejenige des Beweises und nicht die des Feststellens der ursächlichen Zusammenhänge, und liefert lediglich Tatsachen zur Stütze der auf anderem Wege aufgestellten Hypothesen" (Bieganski). Cassirer spricht sich in seiner Monographie ebenfalls für die Einschränkung der Diagnosen der hysterischen Anschwellungen aus.

Die vasomotorischen Veränderungen, die wir bei den typischen hysterischen Lähmungen beobachten konnten, sind mit denjenigen identisch, welche Oppenheim in seinem Handbuch anführt. (Die cyanotische Verfärbung der Haut kommt in posttraumatischen und im Zustande einer Contractur befindlichen Extremitäten vor. Es kann eine Anschwellung hinzukommen, die aber unter dem Finger keine Delle zurückläßt.)

Higier hat in seiner Arbeit von 1894, also noch bevor Babinski die traditionelle Ära der Hysterie einer scharfen Kritik unterzog, als charakteristische Merkmale der hysterischen Anschwellung angeführt: das plötzliche Entstehen, den chronischen Verlauf, das gleichzeitige Vorhandensein motorischer und sensitiver Stigmata, besonders an den geschwollenen Teilen, Eignung zur suggestiven Behandlung.

Einen ähnlichen Standpunkt hinsichtlich der Anschwellungen haben eingenommen: Gilles de la Tourette und Binswanger in ihren Monographien über die Hysterie. Der Meinung dieser Autoren nach wechselt die hysterische Anschwellung in ihrer Intensität.

Selbst wenn wir das Vorhandensein der hysterischen Anschwellungen mit ihren oben erwähnten Eigenschaften gelten lassen, müssen wir auf ihre charakteristischen Unterschiede mit den posttraumatischen Anschwellungen — wie dies der Fall 7 zeigt — hinweisen. Diese Anschwellung — wiewohl plötzlich entstanden — widerstand der Suggestion, ging langsam und allmählich zurück, dauerte noch eine Reihe von Monaten nach dem Abklingen der Lähmung und der Sensibilitätsstörungen an und vergrößerte sich unter der Wirkung von kalter Luft, bzw. kaltem Wasser.

Anschwellungen, wie im vorbezeichneten Falle, waren unter unseren Kranken außerordentlich selten. Sehr häufig, fast immer bekamen wir hingegen in den Anamnesen unserer Patienten von solchen An-

Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

schwellungen zu hören, die angeblich verschieden lange anhielten, die aber unserer Beobachtung unzugänglich waren. Übrigens ist der erhobene Vorwurf, daß diese Anschwellungen auf die Untätigkeit (Inaktivität) zurückzuführen sei, unberechtigt; denn — wie schon Oppenheim hervorhebt — sind bei Kranken, die aus anderer Ursache die Extremitäten nicht bewegen konnten, sowie auch in Fällen von manchmal jahrelang dauernden hysterischen Lähmungen keine Anschwellungen aufgetreten. Die Erklärung von Gilles de la Tourette durch die vasomotorische Diathese läßt sich jedoch für unsere Kategorie von Kranken nicht begründen, weil sie keine irgendwie ausgeprochene Dermographie aufweisen.

Dasselbe, was ich über die Anschwellungen gesagt habe, bezieht sich auch auf die übrigen häufig beobachteten vasomotorischen Störungen. Bei den typischen hysterischen Lähmungen begegneten wir — wie ich schon erwähnte — einer cyanotischen Verfärbung der Haut, die man, übereinstimmend mit Nägeli, durch die Inaktivität der betreffenden Extremität erklären kann, zumal die Cyanose bei Hebung der Extremität nach oben fast völlig schwindet.

Es kommen aber vasomotorische Störungen vollständig anderen Charakters vor, welche meistens viel länger als motorische Lähmungen andauern (Bilder, welche Erben akquirierte Akrocyanose nennt). Bei diesen atypischen Lähmungen taucht die Cyanose gewöhnlich kurze Zeit nach dem Trauma auf — entweder in Verbindung mit der Anschwellung oder auch ohne diese. Die Suggestion übt auf sie keinen Einfluß aus, und sie hält — wie dies die zitierten Fälle beweisen — manchmal Monate länger als andere posttraumatische Erscheinungen an. Interessant und bisher in der Literatur wenig berücksichtigt ist ihre Abhängigkeit von den niedrigen Temperaturen. Unter dem Einfluß von kalter Luft und oftmals von kaltem Wasser steigert sich die Cyanose; sogar diejenigen Hautstellen, welche in gewöhnlicher Zimmertemperatur keinerlei Veränderungen in der Farbe aufweisen, nehmen unter dem Einfluß der Kälte mehr oder weniger cyanotische Färbung an. Häufig erzählen auch die Patienten von den verschiedensten Parästhesien, welche in Verbindung mit der Cyanose unter dem Einfluß von Kälte auftreten.

Di Gaspero spricht auf Grund seiner plethysmographischen Untersuchungen über vasovegetative Lähmung neben motorischer und sensitiver Paralyse, indem er diese Lähmungen „als den hysterischen ähnliche" den eigentlich hysterischen gegenüberstellt. Er nimmt an, daß sie psychogenen Ursprunges sind und nach einem Trauma entstehen. Man kann der Behauptung Nägelis nicht zustimmen, daß die Cyanose auf dem Boden visceral-nervöser Störungen entstehe, welche schon vor dem Trauma bestanden und daher für diese traumatische Neurose

Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

bedeutungslos sind. Wir haben keinen Grund dafür, um sie vom Trauma als solchem unabhängig zu machen, um so weniger, da diese Erscheinung einzig und allein in der vom Trauma betroffenen Extremität auftaucht und mit der Zeit langsam zurücktritt.

Dasselbe, was ich von der Cyanose gesagt habe, kann man wörtlich für die Sekretionsstörungen gelten lassen. Ein klassisches Beispiel in dieser Beziehung ist der Fall 8, welcher noch eine andere interessante trophische Veränderung bietet: das längere Zeit anhaltende Glänzen der Haut im Bereiche der Palmae manus, eine seltene Erscheinung, die von Oppenheim unter den traumatischen Neurosen beschrieben wird. Bei diesem Kranken dauern die Sekretionsstörungen (Hyperhidrosis) trotz völligen Schwindens der posttraumatischen Erscheinungen unverändert an. Die von Oppenheim beschriebenen tieferen trophischen Störungen konnte ich an unserem Material nicht bemerken.

Wir sehen nun, daß diese atypischen Lähmungen von vasomotorischen, trophischen, thermischen und Sekretionsstörungen begleitet werden, die keineswegs hysterischen Ursprungs sind und die wir reflektorisch nennen wollen, indem wir sie mit dem Trauma in unbedingten ursächlichen Zusammenhang bringen. Auf die Frage, inwiefern und welche psychischen Faktoren hier einen Einfluß ausüben können, glaube ich, kann man nicht antworten.

Ich kann auch Wollenberg und Rosenfeld nicht beistimmen, daß die ursprünglichen lokalen Angioneurosen die Grundlage für das Auftreten der psychogenen Lähmungen seien, denn wenn wir den Entstehungszeitpunkt feststellen, so finden wir, daß die motorischen Lähmungen anamnestisch den angioneurotischen Veränderungen vorangehen, die wiederum in der Regel länger als die Lähmungssymptome andauern.

Die Untersuchung der Sensibilität ergibt bei derartigen Kranken ganz verschiedene Resultate; es kommen Fälle vor, bei denen wir überhaupt keine Störungen wahrnehmen. Die häufigste Form aber sind Anästhesien und Analgesien oder Hypästhesien und Hypalgesien über weiteren oder engeren, sich deutlich abzeichnenden Segmenten, die allmählich oder auch plötzlich in Sensibilitätszonen übergehen.

Bei der elektrischen Untersuchung finden wir zumeist normale Verhältnisse.

Im Resümee muß ich — zu den Folgerungen übergehend — hervorheben:

1. das Vorhandensein der posttraumatischen Lähmungen, welche mit ihren trophischen, vasomotorischen und sekretorischen Lähmungssymptomen nicht hysterisch genannt werden können; nur ein Symptom dieses Komplexes, nämlich das motorische, könnte unter die weit ausholende Definition der Hysterie fallen (die Abhängigkeit von den Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

danken, Gefühlen und dem Willen), die übrigen mitvorhandenen Symptome hingegen (die vasomotorischen, trophischen, sekretorischen und thermischen) lassen sich keinesfalls in die Kategorie der Symptome der eigentlichen Hysterie einreihen (eine ähnliche Formulierung des Punktes 1 gibt E. Schuster).

2. Wenn wir schon diese Lähmungserscheinungen unter die Definition der Hysterie bringen wollten, so müßten wir ihnen dennoch eine spezielle und abgesonderte Stellung zubilligen, weil sie sich durch Merkmale, die wir bei typischen hysterischen Lähmungen nicht wahrnehmen, deutlich von den letzteren unterscheiden und schließlich durch ihre Abhängigkeit von niedrigen Temperaturen.

3. Wir können die Lähmungssymptome von anderen sie begleitenden infolge ihrer gemeinsamen traumatischen Herkunft nicht abgrenzen und müssen sie als einen posttraumatischen Symptomenkomplex betrachten.

4. Motorische Erscheinungen dieses Symptomenkomplexes sind durch Psychotherapie heilbar; diese wirkt aber erst nach Ablauf eines näher nicht bestimmbaren Zeitabschnittes nach dem Trauma.

5. In bezug auf Terminologie ist es — mit Rücksicht auf ihre Absonderung von den hysterischen Lähmungen und ohne auf die hypothetische Erklärung ihres Wesens eingehen zu wollen — am praktischsten, von „funktionellen Lähmungen" zu sprechen, unter Aufzählung der in diesen Symptomenkomplex hineingehörigen Symptome. Anstatt des Wortes: „funktionelle Lähmung" könnte man auch von Folgezuständen nach einem Trauma sprechen und die Symptome anführen (motorische Lähmung, Cyanose usw.).

6. Schließlich, daß diese Symptomenkomplexe — im Gegensatz zu den hysterischen — durch Simulation nicht reproduziert werden können.

Es interessierte mich hier hauptsächlich der Umstand ihrer Klassifikation; die Erklärung ihres Wesens ist — wie ich dies schon zu Beginn hervorgehoben habe — von sekundärer Bedeutung und in hohem Grade variabel. Mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit einer einwandfreien Erklärung mußte eine Reihe von Hypothesen entstehen. Daß das Trauma — wenn auch nur vorübergehend — die verschiedensten reflektorischen Prozesse hervorrufen muß, scheint mir sicher zu sein. Und da wir nicht genau wissen, wie lange diese andauern und wie sie zum Ausdruck kommen, können wir den posttraumatischen Symptomenkomplex nicht verstehen. Es scheint mir sehr wahrscheinlich zu sein, daß dieser reflektorische Prozeß des Organismus den Schlüssel zur Morphologie der posttraumatischen Erscheinungen abgibt, von denen manche nach kürzerer Dauer unter dem Einfluß verschiedenartiger individueller psychischer Prozesse in hysterische Erscheinungen übergehen. (Das betrifft in erster Reihe die motorischen Elemente des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symptomenkomplexes, während andere, und zwar die vasomotorischen, trophischen usw., längere Zeit, manchmal sogar während der ganzen Zeitdauer ihres Bestehens, den organischen Charakter beibehalten, wofür der Verlauf und die absolute Machtlosigkeit der Psychotherapie sprechen würde.)

Was die Wirkung des Traumas selbst anbetrifft, ob diese nun, wie Oppenheim behauptet, zentripetal oder, wie andere Forscher annehmen, zentrifugal sich entwickelt, so scheint mir die Vermutung Goldscheiders am wahrscheinlichsten zu sein, daß hier beide Wege in Anspruch genommen werden.

Zwecks Vereinfachung der ohnehin schon schwierigen Aufgabe habe ich vollkommen zielbewußt aus dem großen Bereich der traumatischen Neurosen die nach äußerlichen Traumen entstandenen Neurosen und hierbei ausschließlich diejenigen der oberen Extremitäten herausgegriffen. Ich ging dabei von der Meinung aus, daß diese Maßnahme für das bessere Verständnis der Erscheinungen von Vorteil sein könnte. Ich gehe hierbei nicht auf die Diskussion über die nach psychischen Traumen entstandenen Neurosen ein, da ich kein entsprechendes Beobachtungsmaterial besitze. Vom methodologischen Standpunkte aus wäre vielleicht wenigstens vorläufig die separate Betrachtung dieser Erscheinungen ratsam, wodurch beide Bilder an Schärfe gewinnen und später einmal ihr gründlicher Vergleich ermöglicht werde.

Ich glaube, daß die Besprechung der nach peripheren Traumen entstandenen Erscheinungen auch zur Beleuchtung der traumatischen Neurosen im weiteren Sinne dieses Wortes viel beiträgt.

Wie aus dem beigefügten Verzeichnis der Literatur hervorgeht, habe ich ausschließlich die deutsche Literatur berücksichtigt. Soviel ich aber dem kurzen Referat über die Anschauungen Babinskis hinsichtlich dieses Themas entnehmen kann, sind diese mit den obigen Resultaten übereinstimmend.

Zum Schlusse fühle ich mich verpflichtet, Herrn Prof. Dr. J. Piltz für seine freundliche Hilfe bei der Bearbeitung dieses Themas meinen herzlichsten Dank auszudrücken.

Literaturverzeichnis.

1. Aschaffenburg, Über das Zusammenvorkommen organischer und nichtorganischer Nervenstörungen. Archiv f. Psych. u. Neur. **56**, H. 1. 1915.
2. — Winke zur Beurteilung von Nerven- und psychisch-nervösen Erkrankungen, Münch. med. Wochenschr. Nr. 27. 1915.
3. Berliner, Übersicht über die verschiedenen Formen der Funktionsschädigung der peripheren Nerven. Klinik f. psych. u. Nervenkrankh. **10**, H. 2. 1918.
4. Babinski, J., u. J. Froment, Troubles physiopathiques d'ordre reflexe. Ref. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 15, S. 799.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Bieganski, Logika medycyny. 1918.
6. Binswanger, Hystero-somatische Krankheitserscheinungen bei der Kriegshysterie. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **38**. 1915.
7. Bunnemann, Zur traumatischen Neurose im Kriege. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 23.
8. Büscher, Jul., Über psychogene Störungen bei Kriegsteilnehmern. Archiv f. Psych. u. Neurol. **56**, H. III. 1916.
9. Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin 1912.
10. — Über Kombination organischer und funktioneller Symptome bei Kriegsverletzungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 4.
11. Cohn, Toby, Zur Frage der psychogenen Komponente bei Motilitätsdefekten infolge von Schußverletzungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
12. Curschmann, Über hysterisches Ödem. Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 180.
13. Erben, S., Über vasomotorische Störungen. Wiener klin. Wochenschr. 1918, Nr. 2.
14. Jolly, Ph., Über Kriegsneurosen. Archiv f. Psych. u. Neurol. **56**, H. II. 1916.
15. Forster, Der Krieg und die traumatischen Neurosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **38**. 1915.
16. Froeschels, E., Über traumatische Sprachstörungen. Wiener med. Wochenschrift 1916, Nr. 17.
17. Froment, J., u. J. Babinski, Troubles physiopathiques d'ordre reflexe. Ref. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 19, S. 799.
18. Gaupp, Ref. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **56**. 1917.
19. Hauptmann, A., Kriegsneurosen und traumatische Neurosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur.
20. Henzel, Otto, Die Schußverletzungen der peripheren Nerven. Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems. Wiesbaden 1917.
21. Hoche, Über Hysterie. Archiv f. Psych. u. Neur. **56**, H. 1. 1915.
22. Jaroszynski, Th., Przyczynek do nauki o psychonerwicach. Rocznik lekarski. T. III. Z. I. Krakau.
23. Jendrassik, E., Zur Diskussion über die Neurosenfrage; Theorie der Hysterie und Neurasthenie. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 23.
24. — Einige Bemerkungen zur Kriegsneurose. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12.
25. Kraepelin, Psychiatrie IV. 1915.
26. Lewandowski, Lehrbuch der Neurologie.
27. — Diskussion. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
28. — Lehrbuch der Hysterie.
29. Liepmann, H., Zur Fragestellung zu dem Streit über die traumatische Neurose. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
30. Lotmar, Zur Lehre von den funktionellen Lähmungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
31. Marburg, O., Kriegsverletzungen der peripheren Nerven. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1916, Maiheft.
32. Monakow, C. v., Lokalisation der Hirnfunktionen. Journ. f. Psych. u. Neur. **16**, H. 5/6.
33. Naegeli, Zur Frage der traumatischen und Kriegsneurosen in besonderer Berücksichtigung der Oppenheimschen Auffassungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12.
34. Nonne, Referat. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **56**. 1917.
35. — Soll man wieder traumatische Neurosen diagnostizieren? Referat. Archiv f. Psych. u. Neur. **56**, H. 1. 1915.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

36. Oppenheim, Lehrbuch 1913.
37. — Neurosen nach Kriegsverletzungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenkrankh. **56**. 1917.
38. — Referat. Zeitschr. f. Neurol. **56**. 1917.
39. — Für und wider die traumatische Neurose. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
40. — Über einen Fall echter Reflexlähmung. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 2.
41. Piltz, J., Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach wojennych i ich leczeniu.
42. Riese, Zwei Fälle von hysterischem Ödem. Archiv f. Psych. u. Neur. **56**, 1915.
43. Rosenfeld, Über funktionelle Lähmungen bei Kriegsverletzten. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
44. Schultze, Bemerkungen über traumatische Neurosen, Neurasthenien und Hysterie. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 15.
45. Schuster, Entstehen die traumatischen Neurosen somatogen oder psychogen? Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12.
46. Seelert, Über Neurosen nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen im Kriege. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **38**. 1915.
47. v. Strümpell, Einige Bemerkungen zur Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Erkrankungen des Nervensystems. Med. Klin. 1916, Nr. 18.
48. Vogt, H., Die Neurosen im Kriege. (Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems.) Wiesbaden 1917.
49. Weiss, E., Über Beobachtung der Hautcapillaren und ihre klinische Bedeutung. Wiener klin. Wochenschr. 1918, Nr. 2.
50. Wollenberg, Über funktionelle Extremitätenlähmungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.

Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

(Aus dem Reservelazarett Wandsbeck, Abt. Friedrichsberg
[Direktor: Prof. Dr. Weygandt, Chefarzt: Oberstabsarzt Reimers, Hamburg].)

Depression im Zusammenhang mit nervöser Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern.

Von
Dr. **H. Christoffel** (Zürich),
z. Z. Volontärarzt.

(Eingegangen am 8. November 1918.)

Die bisherigen Kriegserfahrungen[1]) lassen die relative Seltenheit von Erkrankungen an manisch-depressivem Irresein erkennen. Demgegenüber wird die Häufigkeit von Depressionszuständen anderer Art betont. Ich hatte Gelegenheit, während einer allerdings nur zweimonatigen Tätigkeit in dem der Hamburgischen Staatskrankenanstalt Friedrichsberg angegliederten psychiatrischen Lazarett im Sommer 1918 ungefähr 200 Psychotiker und Neurotiker kennenzulernen und während der genannten Zeit zu beobachten. Unter dieser im Vergleich zu den bisherigen Erhebungen allerdings verschwindend kleinen Zahl von Fällen traf ich keinen an einer reinen Depression Leidenden. Nicht selten waren dagegen depressive Zustände bei angeborenen und erworbenen Geisteskrankheiten, wobei ich den erstern auch die Psychopathien zurechne. Des ferneren aber fand sich eine kleine Gruppe von Fällen, bei denen frühere abnorme Zustände nicht nachweisbar waren und mehr oder weniger deutlich im Zusammenhang mit äußeren Schädigungen eine eigentümlich gefärbte Depression sich entwickelt hatte. Obwohl es keinem Zweifel unterliegen konnte, daß es sich um reaktive Zustände handelte, war doch andernteils die Wirksamkeit eines konstitutionellen Faktors, z. B. im Sinne der nach Kraepelin und Bleuler zum manisch-depressiven Irresein zu rechnenden „depressiven Veranlagung" nicht von der Hand zu weisen; ferner war damit zu rechnen, daß psychogene und nervöse Symptome, die ja manchen Krankheitsbildern ein für den Krieg charakteristisches Gepräge geben, eine eventuell zugrunde liegende reine Depression verdecken konnten. Wenn man aber diese Möglichkeiten auch in Betracht zog, so fand sich doch

[1]) Birnbaums Sammelreferate über Kriegsneurosen und Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. **14** und frühere.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kein Anhaltspunkt, die Fälle mit dem manisch-depressiven Irresein in Verbindung zu bringen; sie reihen sich wohl eher der symptomatologischen Gruppe der „nervösen Erschöpfung" ein.

Es handelt sich um Männer guter Intelligenz, die es mindestens zum Gefreiten gebracht haben. Zu Beginn der Erkrankung waren sie 28 bis 34 Jahre alt. Während sich beim einen die nervös-depressiven Symptome nach einer heftigen primären Aufregung im Artilleriefeuer, wo er sich auch eine Trommelfellzerreißung zugezogen hatte, zeigten, entwickelten sie sich bei den andern mehr schleichend, jedoch im deutlichen Anschluß an körperliche Krankheiten. Besonders beim einen Patienten spielten Darmerkrankungen hartnäckiger Art — dreimaliger Typhus — eine Rolle; affektive Schwierigkeiten, sich mit den dienstlichen Verhältnissen abzufinden, scheinen gerade bei diesem Manne wenig mitzusprechen, meldete er sich doch nach seinem ersten Typhus, als er, körperlich geschwächt, garnisonverwendungsfähig erklärt werden sollte, freiwillig zu seiner Truppe als Schreiber zurück, in welcher Stellung er zum Gefreiten befördert wurde und sich dauernd wohlbefunden zu haben scheint. Über ein hereditär belastendes Moment — der Vater trank und nahm vom 50. Jahre an geistig und körperlich ab — und frühere leichte psychopathische Züge — launisches, reizbares Wesen, Zeitungsschmiererei über Halbverstandenes — erfahren wir nur bei diesem Patienten. Er litt zur Zeit unserer Beobachtung unter Appetitlosigkeit, war blaß und mager. Gleiches Aussehen hatte ein anderer Patient; die Verdauungsstörungen bei diesem waren aber zur Zeit funktioneller Natur: Aufregungsdiarrhöen. Dauernde Pulsbeschleunigung, labile Vasomotoren, feinschlägigen Tremor, Lidflattern, lebhafte Sehnenreflexe, vereinzelte unwillkürliche Muskelzuckungen, hartnäckige Schlafstörungen teilte er mit einem Patienten, der ohne gastro-intestinale Störungen war und robust aussah, jedoch, wenn er den Vormittag über gearbeitet hatte, für den Rest des Tages unfähig war, noch etwas zu leisten, wie von den beiden andern der eine sich nach jeder Garnisonsübung krank zu Bette legte, der andere jedes Interesse an der Arbeit verloren hatte, nachdem er anfänglich versucht, durch Verlängerung der Arbeitszeit seine verminderte Leistungsfähigkeit auszugleichen. Wenn auch sämtliche Patienten eine gewisse Anregbarkeit zeigten, so trat doch, wenn man sich längere Zeit mit ihnen unterhielt, die Ermüdung in den Vordergrund. Die Kranken litten unter ihrem Zustande; sie hatten ziemlich volle Einsicht darein; spontanes Mitteilungsbedürfnis bestand bei keinem. Sie schienen früher recht tätige, keineswegs phlegmatische Leute. Die Depression war eine gleichmäßige, hartnäckige, durch einen gereizten Zug gekennzeichnete; es bestand mehr Explosivität als Labilität, Unverträglichkeit, die die Patienten den andern aus dem Wege gehen ließ, sie verlegen und kopf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

los machte. Klagen über Interesse- und Freudlosigkeit, Zerfahrenheit ließen sich auch objektiv erhärten. Was nun die Unterschiede von einer manisch-depressiven Verstimmung betrifft, so dürften wesentliche vorliegen: bei der reinen Depression Hemmung, hier Zerfahrenheit, „Gedankenjagen"; es wäre wohl gar zu gesucht, etwa an einen Mischzustand zu denken; eher wird man die peinlich empfundene Denkstörung als Erschöpfungssymptom auffassen dürfen. Die Ursachen der Krankheit werden von den Patienten nicht wie von echten Melancholikern in, sondern mehr außer sich gesucht. Sie bilden eher kathym als depressiv verfälschte Urteile, zeigen leicht paranoide Züge. Dabei mag hier gerade erwähnt werden, daß keinerlei schizophrene oder organische Symptome nachweisbar waren.

Die Zahl nervöser Depressionen war, wie anfangs erwähnt, in unserem Lazarett eine kleine. Vielleicht hängt dies damit zusammen, daß diese Zustände die Reaktion auf eine Allgemeinschädigung des Organismus darstellen, eine Erschöpfung. Kraepelin[1]) bezeichnet als solche den zu starken Verbrauch oder den ungenügenden Ersatz der tätigen Substanzen. Ob die körperlichen Erkrankungen — Ruhr, Typhus — bei unsern Patienten in diesem Sinne gewirkt haben, wissen wir nicht. Beziehungen ihres Krankheitsbildes zu den sogenannten „infektiösen Schwächezuständen" dürften naheliegen; unter dieser Bezeichnung schildert Kraepelin[2]) einen wochen- bis monatelang andauernden Zustand nach Infektionskrankheiten, bestehend in depressivem, mürrischem, müdem, hypochondrischem, leicht paranoidem Wesen, Scheu vor jeglicher Tätigkeit, Denkschwierigkeiten. Ähnliche Krankheitsbilder scheint auch besonders die Kriegsgefangenschaft zu zeitigen. Vischer[3]) macht wahrscheinlich, daß ein Zehntel aller Lagergefangenen im Laufe der Jahre psychisch erkrankt und einem über die Dauer der Gefangenschaft hinaus sich erstreckenden geistigen Siechtum, der „Stacheldrahtkrankheit" verfällt; Depression, unverträgliches, gereiztmißtrauisches Wesen, Ruhelosigkeit und Schlafmangel bei Fehlen aller Konzentrationskraft und Initiative werden unter diesem Namen zusammengefaßt. „Beraubung der Freiheit auf unbekannte Dauer in Gemeinschaft, das sind die drei Grundtatsachen, die für den Kriegsgefangenen in Betracht kommen", sagt Vischer und betont, daß diese Momente besonders für den Intellektuellen und Selbständigen aufreibend wirken. Die unablässige Spannung, der fortwährende Zwang, die Einschränkung aller Lebensgewohnheiten können wohl zu einem Zustande der Erschöpfung führen. Physische und psychische Momente bei deren Entstehung lassen sich kaum auseinanderhalten. Man wird

[1]) Zitiert nach Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 145.
[2]) Kraepelin, Psychiatrie, 8. Auflage, II. Bd., 1. Teil, S. 273.
[3]) A. Vischer, Die Stacheldrahtkrankheit. Verlag Rascher & Co., Zürich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermuten dürfen, daß dazu kein einmaliges kurzes Trauma genügt, sondern ein mehr oder weniger dauernder Anlaß, wie wir ihn z. B. in wiederholten, hartnäckigen Allgemeinerkrankungen und in dem affektiven Druck einer ununterbrochenen Kriegsgefangenschaft finden. Für diese Pathogenese scheint, wie erwähnt, die relative Seltenheit nervöser Erschöpfungsbilder unter den aktiven Kriegsteilnehmern zu sprechen. Meine Beobachtungen betreffen bloß drei Fälle. Navilles[1]) Erfahrungen deuten im gleichen Sinne; er berichtet aus französischen Kriegsspitälern im Innern des Landes von bemerkenswert seltenen, besonders im Vergleich zu hysterischen Störungen seltenen, Zuständen „neurasthenischer' oder psychasthenischer" Art, vorwiegend bei Intellektuellen und Gradierten. Ätiologisch kommen nach Naville sowohl physische als psychische Momente in Betracht.

Zusammenfassend dürfen wir wohl sagen: Die Tatsache einer Vermehrung reaktiver Depressionen spricht dafür, daß in den körperlichen und psychischen Strapazen des Krieges eine wesentliche Ursache solcher Zustände zu suchen ist. Was die Rolle der Konstitution betrifft, so ist vielleicht zu schließen, daß, da der Krieg anscheinend die manisch-depressiven Erkrankungen nicht vermehrt hat, er auch nicht besonders geeignet ist, eine „depressive Veranlagung" manifest werden zu lassen, sondern der konstitutionelle Boden, auf dem die reaktiven Depressionen erwachsen, kein einheitlicher ist.

Krankengeschichten.

1. A. E., Feldwebelleutnant. Geboren 1881. Kanzleidiätar. Verheiratet. Aufgenommen 17. VI. 18. Familienanamnese ergibt nichts Bemerkenswertes. 1898—1911 beim Militär; dann Zivildienst. Am 21. VIII. 14 als Vizefeldwebel eingezogen. Kämpfe im Westen. Vom 2. VII. bis 20. VII. 15 wegen beiderseitiger Trommelfellzerreißung in einem Reservelazarett; als garnisondienstfähig entlassen; das Krankenblatt erwähnt: „Am 16. VI. 15 schwerer Nervenshock, hervorgerufen durch Einschlag einer Mine in nächster Nähe." Wie E. später erzählte, wurde seine ganze Kompagnie aufgerieben. Nach der Trommelfellzerreißung habe er nichts mehr hören können, habe nur gesehen, wie die anderen sich jeweilen duckten. „Ich war wie besessen, rannte zurück." Diente darauf bei einer Genesenenabteilung, kam aber im November 1916 wieder ins Feld, zunächst in ein Rekrutendepot und dann an die Ostfront. Stets leidender Zustand; dieser steigerte sich dermaßen, daß am 4. VI. 17 E. neuerdings in ein Kriegslazarett aufgenommen wurde. Das Gehör hatte sich unterdessen wieder hergestellt; doch klagte Pat. über Ohrensausen, starke Kopfschmerzen bei allgemein nervöser Unruhe, schlechtem Schlaf mit Herzklopfen und Angstanfällen. Der objektive Befund lautete: „Ernährungszustand und Muskulatur mäßig. Kniescheibenreflex gesteigert, intensives Nachröten der Haut, leichtes Zittern der gespreizten Finger. Pat. befindet sich dauernd in nervöser Unruhe; lebhafte choreatische Bewegung

[1]) F. Naville, Psychonévroses de guerre. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918, S. 828.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Arme und Beine." Einen Monat darauf stellte sich eine Ruhr ein. Heilung im Laufe eines weiteren Monats, so daß Pat. am 12. VIII. 17 in ein Genesungsheim übergeführt werden konnte. Entlassungsdiagnose: „Nervöse Erschöpfung, Ruhr." Das Krankenblatt der Genesungsstation erwähnt: „Weint leicht bei geringfügigen Anlässen." Nervöse Beschwerden, körperliche Schwäche. Entlassungsbefund am 22. IX. 17: „Pat. sieht noch schlecht aus und ist ziemlich anämisch. Subjektiv hat sich das Befinden gehoben, obgleich Pat. noch zeitweise depressive Zustände hat. Er wird zur Kur nach dem Genesungsheim W. verlegt. Dürfte voraussichtlich kriegsverwendungsfähig sein." Aus diesem zweiten Genesungsheim wurde er aber am 31. XI. 17 bloß garnisonverwendungsfähig entlassen. Der Befund war noch gleich wie der vorhergehende. Am 14. XII. 17 wird am Garnisonort folgender Befundschein ausgestellt: „Klagt über Leibschmerzen nach Anstrengungen und plötzlich auftretende Durchfälle, ferner über Gemütsverstimmung und Neigung zum Weinen. Bei Körpergröße 175 cm hat E. nur ein Gewicht von 59 kg, geringes Fettpolster, bleiches, hageres Gesicht. Bei geringen Körperbewegungen steigt der Puls auf 122, sonst 102. Druckempfindlichkeit in der Bauchgegend. Stark erhöhte Reflexerregbarkeit. Zittern der gespreizten Finger. Lidflattern. E. trägt ein aufgeregtes Wesen zur Schau, bewegt bei der Unterhaltung fortgesetzt die Hände und bekommt leicht Tränen in die Augen. E. kann den anstrengenden Garnisondienst nicht verrichten, war nach größeren Märschen jedesmal krank. E. ist zeitig — 6 Monate — garnisonverwendungsfähig für leichten Dienst." Vom 8. IV. bis 20. IV. 18 befand sich E. zur Beobachtung in einem Lazarett seiner Garnison: „Seelischer Zustand: Gesichtsausdruck unzufrieden und sorgenvoll. Pat. macht einen gereizten Eindruck und ist leicht erregbar. Ist geneigt, militärische Maßnahmen als persönliche Schikane aufzufassen und seinem Arzt gegenüber mißtrauisch zu sein. Durch ausführliche Aussprache wird das Mißtrauen beseitigt und der psychische Zustand des Pat. geklärt. Er erweist sich als egozentrischer Mensch, dem die sachliche Beurteilung oft abgeht. Vorurteile. Pessimismus. Er erzählt, wie er und seine Frau früher von Militärärzten falsch behandelt worden seien und hat überhaupt die Meinung, daß ihm öfter Unrecht geschehe." Pat. zeichnete dem Arzt damals folgendermaßen seinen Zustand: „Meine Beschwerden sind folgende: Häufig eine zum Weinen geneigte Stimmung — wiederum aber auch häufig sehr erregt um jede Kleinigkeit. Angstgefühle vielfach nachts, tagsüber nach Anstrengungen. Fühle mich häufig hinfällig und matt. Gehen durch belebte Straßen macht mich kopflos und unsicher. Schlaflosigkeit; häufig liege ich stundenlang im Bett, bevor ich einschlafe. Einzelheiten hier anzuführen, ist mir unmöglich. Die Gedanken jagen sich förmlich. Mein Befinden ist daher meistens morgens am schlechtesten und bessert sich häufig tagsüber oder gegen Abend. Bei Abgespanntheit des Körpers und plötzlicher Erregung treten häufig Leibschmerzen auf, die zum Durchfall führen. In solchen Fällen habe ich täglich 3—4 mal Stuhlgang. Mein Körpergewicht betrug vor der Lazarettaufnahme 121 Pfund. Durch die Aufregung der Überführung ins Lazarett verlor ich in einer Woche 6 Pfund. Meine Stimmung hat sich meines Erachtens seit meiner Lazarettaufnahme verschlechtert." — Die Diagnose wurde auf „Neurasthenie mit Verstimmungszuständen" gestellt und E. als garnisonverwendungsfähig in der Etappe bezeichnet. Am 17. VI. 18 wurde er in Friedrichsberg zur nochmaligen Beobachtung eingewiesen. Es zeigte sich ein ähnliches Bild wie früher: Gedrücktes, unsicheres Wesen; trotz Anstrengungen zur Selbstbeherrschung und einer sichtlichen Selbstdisziplin öfters Weinkrämpfe. Zerstreutheit. Die Gereiztheit trat eigentlich nie hervor. Erregbarkeit äußerte sich in konstantem Lidflattern, feinschlägigem Tremor besonders der Finger, Durchfällen. Körperlich fiel die große Abmagerung auf. Der Schlußbefund lautete am 8. VII. 18: „Neurasthenische Depression. Erschöpfung. . . . Aussicht auf Heilung vorhanden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch vorübergehende Entlassung für ein Jahr. Von weiterem Erholungsurlaub ist abzusehen, hingegen sollte E. gleich wieder in seinem Beruf anfangen zu arbeiten."

2. W., Unteroffizier. Geboren 1888. Landwirt. Aufgenommen 14. I. 18. Anamnestisch außer über seine Dienstzeit nichts bekannt. Aktiver Soldat 1910 bis 1912. Wiedereingestellt 4. VIII. 14. Gefreiter 7. VIII. 15. Unteroffizier 10. X. 16. Verwundet 7. XI. 14. Leichte Gesichtsverletzung durch Schrapnellschuß. Erkrankt 17. X. 16 an fraglicher Ruhr; bis 1. XII. 16 in Lazaretten. Am 3. XI. 17 wegen Luftröhrenkatarrh bis 12. I. 18 in Feldlazarett und dann wegen Neurasthenie nach Friedrichsberg. Das Schlußzeugnis vom 11. VII. 18 enthält folgende Angaben: Größe 176 cm. Gewicht 76 kg. Brustumfang 90/95. Kräftig gebaut. Gut genährt. Bekümmerter Gesichtsausdruck. Hinter rechter Ohrmuschel kleine Narbe (Einschuß). Auf der rechten Wange unterhalb des Jochbogens etwas größere, runde Narbe (Ausschuß). Schwerhörigkeit links. Von seiten der Hirnnerven kein krankhafter Befund. Innere Teile von Brust und Bauch keine Regelwidrigkeiten. Zittern der Lider bei Augenschluß. Lebhafte Hautschrift. heftiges Erröten und lebhafte Atmung bei Erregung. Reflexe ohne Störung. Sensibilität desgleichen. Zittern der gespreizten Finger. Gang, Schrift, Sprache o. B. Keine Zeichen einer organischen Erkrankung. Geistig: dauernd unzufriedener, gedrückter Gesichtsausdruck. Spricht nur, wenn er gefragt wird. Außerordentlich reizbar; Erregung bei geringfügigen Anlässen so heftig, daß Pat. unter den oben erwähnten körperlichen Symptomen kaum mehr atmen kann. Fürchtet sich vor Zusammenstößen und hält sich deshalb für sich. „Wenn ich mich aufgeregt habe, bin ich nachher schlapp zum Umfallen." Seiner gereizten und geladenen Stimmung machte er hin und wieder in lautem Schimpfen vor sich hin Luft und zeigte im Gegensatze zu seinem durchschnittlich korrekt militärischen Auftreten ein renitentes Wesen. Klagen über ständigen Kopfschmerz und schlechten Schlaf. Dabei kein erhöhtes Schlafbedürfnis am Tage, hingegen Abgespanntheit. Schlafmittel in den gewöhnlichen Dosen ohne Erfolg. Militärärztliches Urteil: „W. leidet an einem Zustande reizbarer Verstimmung mit nervösen Begleiterscheinungen... Ein Jahr kriegsuntauglich und während dieser Zeit am besten im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb zu verwenden. Krankheitszustand ist im Zusammenhang mit chronischer nervöser Erschöpfung. Daher Kriegsdienstbeschädigung angenommen." — Pat. fühlt sich übrigens zu Hause gleich schlecht wie überall, trotzdem er in sehr guten landwirtschaftlichen Verhältnissen lebt, und ein Verwandter ihm, soweit er es wünschte, die Leitung des Gutes abnahm. Er arbeitete am Vormittag und fühlte sich dann für den Rest des Tages jeweilen erledigt. Aus seinen wiederholten Urlauben kam er stets in gleich schlechtem Zustande ins Lazarett zurück. Er zeigte im übrigen gar keine besonderen Wünsche, nach Hause zu kommen, wie er sich überhaupt äußerlich wunschlos, ingrimmig in sein Schicksal ergab.

3. R. N., Gefreiter. Geboren 1888. Schriftsteller. Ledig. Aufgenommen 16. VI. 18. Der Vater des Pat. stammt aus ländlichen Verhältnissen, betrieb ein Schreib- und Schnittwarengeschäft, setzte sich mit 50 Jahren zur Ruhe. In jungen Jahren soll er ziemlich dem Alkohol ergeben gewesen sein; Herzverfettung, Zerstreutheit, Nervosität, was alles auf Überanstrengung zurückgeführt wurde, veranlaßten ihn zur Aufgabe des Geschäfts, worauf er weiterhin körperlich und geistig abnahm. (Wie bei den vorhergehenden Patienten, so sind wir auch hier für die Vorgeschichte auf die früherer Krankenblätter und die Autoanamnese angewiesen.) Hereditär ist sonst nichts Belastendes zu erfahren. Als Kind „skrofulös". Bis zu 10 Jahren vorübergehend Bett genäßt, nach anscheinend wahrheitsgemäßen Angaben nicht im Zusammenhang mit Onanie; auch im Felde bei „Erkältung" ein gelegentlicher Rückfall, der aber so leicht war, daß Pat. nicht den Arzt aufsuchen

Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

mußte. Vor 10 Jahren genitale Infektion während einjährig-freiwilligen Dienstes, angeblich Tripper; doch mußte in der rechten Leistendrüsengegend ein operativer Eingriff wegen Entzündung daselbst vorgenommen werden. Pat. machte ein Lehrerseminar durch, studierte einige Semester an der Universität; dann praktizierte er als „Schriftsteller", indem er für verschiedene Volksblätter populärwissenschaftliche Artikel schrieb, soweit eine Stichprobe zu beurteilen erlaubt, mit interessantem Titel und banalem Inhalt; so vertrat er in einem Artikel über die „Seele des Kindes" die Ansicht, das Kind komme quasi seelenlos zur Welt; erst durch die Umgebung werden Reaktionen in ihm ausgelöst, die nach und nach bewußt werden. Mit Kriegsbeginn eingezogen, will er im Dezember 1914 ein erstes Mal an Typhus erkrankt und bis März 1915 in Lazarettbehandlung gewesen sein; das betreffende Krankenblatt liegt nicht vor. Hingegen finden sich im Stammrollenauszug objektive Angaben über eine zweite Typhuserkrankung im Januar 1916, nachdem N. im Westen mitgekämpft. Ein drittes Mal endlich kam N. im März 1918 wegen klinischem Typhus ins Kriegslazarett; die serologischen, wiederholt vorgenommenen und bakteriologischen Untersuchungen fielen jedoch negativ aus. Eine hartnäckige diffuse Bronchitis klang zuletzt auf der linken Lungenspitze ab. Mit dem Zurücktreten der körperlichen Symptome wurden die psychischen auffälliger. Am 2. VI. 18 findet sich notiert: „Noch immer sehr blasses Aussehen. Klagt über Schlaflosigkeit und Erregungszustände. Kopfschmerzen. Zeitweise kein logischer Gedankengang . . . Starkes Lidflattern und Zittern der ausgestreckten Hände . . ." Am 8. VI. 18: „Liegt stundenweise apathisch im Bett. Klagt über vollkommene Schlaflosigkeit; stark niedergeschlagenes Wesen." — Ob eine Beobachtung auf Lues im Dezember 1917, die Pat. von sich aus verlangte, nachdem ihm von einem Augenspezialisten, den er wegen Kurzsichtigkeit aufgesucht, gesagt worden, seine Pupillen seien verdächtig, schon mit einer Verstimmung im Zusammenhang war, läßt sich nicht mehr eruieren. — Nach des Pat. eigenen Angaben soll die damalige Wassermannsche Reaktion im Blute positiv ausgefallen sein; objektive Angaben fehlen vollständig. Eine Kur wurde nicht gemacht. — Von einer Untersuchung am 17. VI. 18 in Friedrichsberg geben folgende Notizen ein gewisses Bild: Folgt die Treppe hinauf zum Untersuchungszimmer mit elastischen Schritten; man hat aber den Eindruck, daß er sich absichtlich etwas zurückhalte, so daß der vorauseilende Arzt ein weniges auf ihn warten muß. Blickt unfreundlich, mürrisch; schluckt von Zeit zu Zeit etwas Speichel als einziges Zeichen einer gewissen, auf seinem halbweggewandten Gesicht sichtbaren Spannung. Spricht nur auf Anrede, gibt aber gute, niemals ausweichende Auskunft. Ist während der ganzen Untersuchung zu keinem Lächeln zu bringen. Es stellt sich aber ein ganz ordentlicher Rapport her. Er erzählt, daß nach der ersten körperlichen Erkrankung (1914/15) eine allgemeine Schwäche zurückblieb, deretwegen man ihn garnisondienstfähig schreiben wollte; auf seinen Wunsch sei er jedoch als Schreiber bei der Truppe belassen worden. Bis zu seiner jetzigen Erkrankung sei er in der genannten Funktion verblieben. („Führung gut. Strafen keine. 10. VIII. 15 zum Gefreiten ernannt" besagt der Kriegsstammrollenauszug.) Die letzte Erkrankung, die er selber für keinen richtigen Typhus gehalten, habe ihn mehr als die früheren hergenommen. Seine Leistungsfähigkeit habe sich in jeder Hinsicht vermindert; er sei in seiner Funktion als Schreiber des Lazaretts genötigt gewesen, sich alles, was er zu arbeiten gehabt, im voraus zu notieren. Gröbere Gedächtnisstörungen sind aber zur Zeit nicht nachweisbar. Er schlafe wenig, sei matt und appetitlos, trotzdem man lange mit Chinin und Salzsäure seinem Magen nachgeholfen habe. Er sei mürrisch, könne für nichts Interesse oder gar Freude empfinden. Leicht verstimmbar und launisch sei er zwar von jeher gewesen; aber in einer solchen Verfassung habe er sich noch nie befunden. Trotzdem ihm ein Erholungsurlaub im Harz in Aussicht stehe, leide er unter der Bewegungsbeschränkung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lazaretts und ärgere sich über die Kameraden. — Körperlich schmächtig, Schusterbrust. Blaß. Zerstreute Acnepusteln. Keine Dermographie. Brillenträger, anscheinend myop; chronische Conjunctivitis. Pupillen gleichweit, rechte exzentrisch und nicht ganz rund, reagiert weniger prompt auf Licht und Akkommodation als linke. Augenhintergrund scheint nicht untersucht worden zu sein. Blutwassermann bis 0,5 auch mit Sternscher Modifikation negativ. Fast fehlender Würgreflex. Links eine harte, haselnußgroße, unempfindliche Kieferwinkeldrüse. Lungen und Herz o. B. Puls 108, regelm., mittlerer Größe und Spannung. Abdomen überall leicht gespannt und tympanitisch; nur linke Kolongegend druckempfindlich. In der linken Leiste pigmentierte Narbe. Bauchdeckenreflexe plus. Kniezucken beids. lebhaft. Achillessehnenreflexe links plus, rechts nicht auszulösen. Bei Fußsohlenbestreichung starke unwillkürliche Kontraktionen bloß der lateralen Oberschenkelmuskulatur, mit Wiederholung des Streichens abnehmend. Sensibilität o. B. — Ohne daß sich das Bild geändert hätte, wurde Pat. in Erholungsurlaub nach Hause geschickt, wo er sich zur Zeit noch befindet.

Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Mißbrauch der Hypnose zur Vortäuschung geistiger Störungen.

Kasuistischer Beitrag.

Von

Stabsarzt Dr. **K. E. Mayer** (Ulm-Tübingen).

(Eingegangen am 18. November 1918.)

Am 23. Oktober 1918 ging auf der psychiatrischen Beobachtungsabteilung ein Mann zu, der sich auf der Fahrt nach dem Reservelazarett für Geisteskranke befand und hier die Fahrt unterbrechen mußte, weil er aus der Schnittwunde eines Gaumenabscesses stark blutete.

Nach den vorliegenden Krankenblättern war der einem Landwehr-Infanterie-Regiment angehörige Kranke von seinem Truppenarzt am 6. Oktober 1918 wegen fluktuierender Schwellung des rechten Gaumens einer Sanitätskompagnie übergeben und am 7. Oktober 1918 in ein Lazarett aufgenommen worden. Seine Klagen waren ziemlich unbestimmt und sprachen für ein nervöses Leiden: Schmerzen im Leib, in der rechten Wange und im Kopf, Mattigkeit, Schwindel und schlechter Appetit, auch falle er häufig besinnungslos zu Boden. Als Ursache der Kopfschmerzen gab er an: sie stellen sich bei Anstrengungen in der Feuerlinie ein.

Außer einer prallen Anschwellung am Gaumen, bei deren Incision sich dicker gelber Eiter entleerte, fiel an dem Kranken sein psychisches Verhalten auf: er war über seine Verhältnisse kaum orientiert, die Antworten erfolgten unbestimmt und nach langem Nachdenken. Er wurde deshalb auf eine Nervenabteilung verlegt. Zunächst erschien er einfältig, schwer von Begriff, aber willig, seine Stimmung etwas schwermütig. Aber auch die folgenden Tage brachten keine rechte Klarheit in das psychische Bild. Im Krankenblatt findet sich einige Tage später der Eintrag: „F. scheint ein aufgeregter Schwachsinniger zu sein, bleibt nachts nicht im Bett, stöhnt und schreit laut, stört seine Umgebung.“ Allmählich wurde sein Verhalten ablehnender, und er gab Antworten, wie sie vorgetäuschter oder hysterischer Unorientiertheit entsprachen: nach dem Datum gefragt, sagte er: „Was weiß ich!“, ob Frühjahr oder Sommer: „Sommer“, nach dem Ort gefragt, sagte er wieder: „keine Ahnung“, wo geboren: „vergessen“, wann: „auch vergessen“, nach Besinnen: „2. Oktober 84 in K. Kreis Gr.-St.“ (richtig). Er sprach dabei etwas manieriert und tupfte sich mit dem Finger auf die Stirn. In den folgenden Tagen war er depressiv eingestellt und jammerte; in seinem Wesen trat ein hypochondrischer Einschlag hervor. Schließlich wurde er aber sehr querulatorisch, brauste plötzlich auf, wenn seine Wünsche nicht erfüllt wurden, bis er am 22. Oktober mit Lazarettzug abtransportiert und am 23. hier eingewiesen wurde.

Die Blutung im Gaumen ließ sich durch Tamponade leicht stillen. Sein psychisches Verhalten erinnerte an jene Zustände leichter Bewußtseinstrübung, wie sie, gewollt und halb absichtlich gemacht, bei Leuten auftreten, welche vor einer unangenehmen Wendung (Urlaubsende, Inhaftierung u. a.) stehen, Zustände, die schließlich dem Willen der Betreffenden entgleiten und automatisch sich vertiefen. Unser Kranker, ein Mann von asiatischem Typus mit breiter, platter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nase, vorstehenden Backenknochen, wulstigen Unterlippen und slawisch-polnischem Akzent der Sprache, starrte mit gleichgültigem Gesichtsausdruck vor sich hin und gab nur langsam, zögernd, wie im Halbschlaf, Antwort. Den passiv erhobenen Arm ließ er wie leblos fallen. Gefragt, wo er hier sei, klopfte er dem Arzt auf die Schulter und sagte unter müdem Kopfschütteln: „Herr Stabsarzt, vergessen", und gefragt, wo er herkomme, sagte er nach längerem Schweigen: „Gefahren heute auf einer Bahn." Wie die Sprache, so waren auch alle Bewegungen langsam, bedächtig, schläfrig. Bei der Prüfung der Empfindung von Nadelstichen reagierte er auf Stiche in die Haut zunächst überhaupt nicht, nur bei Stichen in die Nasenscheidewand wich er etwas aus. Gefragt, ob er die Nadelstiche in die Haut spüre, schüttelte er, statt zu antworten, verneinend den Kopf.

In den folgenden Tagen blieb der Zustand etwa derselbe. Von elektrosuggestiver Behandlung, die ich sonst auch bei ausgesprochenen Stuporzuständen mit promptem Erfolg anwende, worüber a. a. O. berichtet werden soll, mußte ich zunächst mit Rücksicht auf die Gaumeneiterung absehen. Da kam mir bei der Briefkontrolle der geschlossenen Abteilung folgender Brief in die Hände:

> Adresse: An Wehrmann F. vom Landw.-Inf.-Regt. .... 12. Komp. ....
> Absender des Briefes: Wehrmann N..... Landw.-Regt.
>
> Mein werter Kamerad dein brief danket erhalten. Ich hatte beabsichtigt dich besuchen kommen nach Sankster (?) und am Sonabend bekam ich dem Brief das du in Straßburg bist du bist schon befreit auf einige zeit helfe dir wie du nur kanst am besten wird wen du wirst weiter befördert werden bis du aus der Kriegszone raus werdest schreib mir ein brief wan du in den Zustand versetzt wollest sein bestimme dich ein Tag ein Datum und eine Bestimmte Stunde und schickt mir hieher der Brief geht bis hier 4 Tage Besten Gruß Sende ich dir bis wieder Sehn.

Als dem F. der Inhalt des Briefes überraschend vorgehalten wurde, gestand er, daß er von N. hypnotisiert worden sei und sagte in seinem gebrochenen Polnisch-Deutsch: „Wie N. zur Kompagnie kam, hat er mir Hand gemacht steif, geschlafen habe ich dann. Wie ich dann geschlafen habe, habe ich ein paar Minuten gemacht, wie er wollte." Ob N. auch andere Kameraden hypnotisiert habe, war nicht aus ihm herauszubringen.

Bei späteren Vernehmungen leugnete F. zunächst wieder alles ab, wurde immer ablehnender, wollte weder Monat noch Jahr wissen, in dem wir leben, bis er durch elektrosuggestive Behandlung aus der jetzt wohl mehr absichtlich gemachten (simulierten) als unbewußt hysterischen Absperrung heraustrat und völlig klare Auskunft gab. Außerdem gestand er nun nicht nur, daß er von N. eingeschläfert worden sei, sondern auch, daß ihm N. in Aussicht gestellt habe, ihn durch einen Brief wieder zu hypnotisieren. Natürlich leugnet er nach wie vor, daß diesen Hypnotisierungen die Absicht zugrunde liege, sich vom Felddienst zu drücken.

Hier lag also der eigenartige Fall vor, daß die hypnotische Beeinflussung dazu benützt wurde, einen Dämmerzustand einzuleiten, und daß versucht wurde, brieflich auf den einmal Hypnotisierten weiter einzuwirken. Der Erfolg der Hypnose war nun nicht der, daß ein hypnotischer Schlaf dauernd festgehalten wurde; aber immerhin wurde erreicht, daß der Hypnotisierte wochenlang in einer ungewöhnlichen geistigen Verfassung sich befand, welche seine Behandlung in psychiatrischen Abteilungen erforderlich machte und seine Überführung in ein Reservelazarett in einer Heilanstalt veranlaßte. Durch die Hypnose

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde also das erreicht, was andere durch Autosuggestion zuwege bringen, wenn sie etwa am letzten Urlaubstag auf der Fahrt ins Feld plötzlich in einen Stuporzustand verfallen, aus dem sie durch eigene Kraft ohne äußeren Anlaß kaum mehr erwachen können. Diese Ausnützung der Hypnose für die Einleitung eines solchen Zustandes ist ein weiterer Beweis dafür, daß diese Zustände nicht einfach simuliert sind, sondern daß nur der Wille zur Absperrung von der Außenwelt und allem Unangenehmen besteht, daß aber der Ablauf des Traumzustandes, welcher so oft einen gekünstelten Eindruck macht, gesetzmäßig erfolgt und in seinen Einzelheiten nicht einfach geschauspielert ist. Diese Zustände sind eben weder reine Simulationen noch sind es eigentliche Krankheitszustände, sondern mehr oder weniger normalpsychologische Vorgänge, welche sich unter dem Einfluß starker Suggestionen, die auf Absperrung von der Außenwelt drängen, entwickeln; die auslösende Kraft pflegen aber im allgemeinen eigene Vorstellungen zu sein, d. h. das Bestreben, einer unangenehmen Situation durch die Flucht in die Krankheit sich zu entziehen. In dem vorliegenden Fall war es aber die hypnotische Kraft eines Kameraden, welche zunächst jenen eigentümlichen Traumzustand auslöste, der hier allmählich abklang, dessen Zerrbild dann aber noch absichtlich festgehalten wurde, bis der elektrische Strom auch diese Spuren verwischte.

Auf die Möglichkeit eines hypnotischen Ursprungs akuter, ungeklärter Dämmerzustände muß nach dieser Erfahrung geachtet werden. Denn der Gedanke ist naheliegend, daß eine derartig bequeme Methode, den Strapazen des Feldes zu entrinnen, bei geistig minderwertigen Elementen Schule machen konnte. Der scheinbar bequeme Weg der Autosuggestion ist eben nicht jederzeit gangbar, weil nicht jeder Mensch in jedem beliebigen selbstgewählten Augenblick in einen hysterischen Dämmerzustand verfallen kann. Die Hypnose ermöglicht es aber, sich zu bestimmter Stunde in einen Traumzustand versenken zu lassen. Und wenn einmal die Türe des Allesvergessens sich hinter dem Hypnotisierten geschlossen hat, dann findet er, wenn er wieder erwacht, eher auch selbst wieder den Eintritt in die Ruhe des Traumzustandes. Der hypnotische Schlaf hört auf, der Dämmerzustand geht weiter. Immerhin besteht die Möglichkeit, daß, wie im vorliegenden Fall, die Kraft der nun einsetzenden Autosuggestion, insbesondere unter der Einwirkung von ärztlichen Gegensuggestionen, versagt. So kommt es dann zu zu einem gekünstelten Zustand geistiger Absperrung. Hier hätte vielleicht die beabsichtigte briefliche Beeinflussung mit hypnotischer Kraft einsetzen können, wenn diese Möglichkeit nicht durch ärztliche Maßnahmen verhindert worden wäre.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche.

Von

Ernst Kretschmer,

Privatdozent in Tübingen.

(Eingegangen am 25. November 1918.)

Man hat bisher zwei Formen von Wahnbildung nach Schädeltrauma vorzugsweise Beachtung geschenkt. Eine Gruppe von Urteilsfälschungen ergab sich im frischen Stadium der schweren akuten Kommotionspsychose in naher Beziehung zu deliranten Erlebnissen und vor allem zum Korsakowschen Syndrom. Da sind z. B. die zum Teil mit wahnhafter Zähigkeit wochenlang festgehaltenen szenischen Verkennungen, die das Erlebnismaterial der jüngsten Vergangenheit als Ganzes auf eine frühere Lebensstufe, in die heimatliche Umgebung zurückzuversetzen. Völlig anderen Wesens, aber ebenso bekannt ist jene Spezialform der Unfallneurose, wo ein leichteres Schädeltrauma nicht in erster Linie als organische Hirnschädigung, sondern als psychisches Erlebnis weiterwirkt und unter dem Rentengesichtspunkt katathym verarbeitet, zum Ausgangspunkt für einen abulisch-hypochondrischen Wahnkomplex oder eine Querulantenpsychose werden kann.

Von beidem ist hier nicht die Rede. Vielmehr fassen wir folgende Konstellation ins Auge: Nach einem schweren Gehirntrauma (sei es Erschütterung oder Wunde) bleibt nach Abklingen aller akuten Symptome der chronische Restzustand der traumatischen Hirnschwäche zurück. Seine Echtheit wird in unseren Fällen dadurch sichergestellt, daß neben der diffusen seelischen Veränderung noch einzelne umschriebene cerebralorganische Restsymptome erhalten bleiben. Dieses neugeschaffene seelische Bild der traumatischen Hirnschwäche nun wird von uns daraufhin betrachtet, inwiefern es eine Grundlage für spätere Wahnbildung darstellt, d. h. wie weit es seinen Träger im Verlauf seines späteren Lebens wahnfähig macht, dann nämlich, wenn frische psychische Erlebnisreize auf ihn einwirken, die mit dem Hirntrauma selbst, weder mit seiner organischen noch seiner psychischen Komponente direkt mehr etwas zu tun haben. Es wird also kurz gesagt eine organische Hirnschwäche zur Mitbedingung für eine spätere psychogene Wahnbildung. Die innige Verschlingung von organischen mit psychischen Ur-

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sachen ist das theoretisch Interessierende an dieser Fragestellung, die nahe an Gedanken anstreift, die von der Schizophrenielehre her in jüngster Zeit vielfach aufgerührt worden sind, und die an unserem Gegenstand besonders klar werden, weil hier die einzelnen Kausalfäden, psychische und cerebrale, reinlich trennbar nebeneinander liegen. Wir werden dabei nicht nur den durch das Trauma geschaffenen Hirnzustand und das später auslösende psychische Erlebnis betrachten, sondern auch die Charakteranlage mit in Rechnung setzen und das kausale Wechselspiel zwischen diesen drei Faktoren dadurch für unsere Erkenntnis noch reicher gestalten können.

Abgesehen von diesen grundsätzlichen Fragen sind psychogen-paranoide Bilder auf dem Boden der traumatischen Hirnschwäche von der hier beschriebenen Art bisher überhaupt, auch rein klinisch-kasuistisch betrachtet, wenig beachtet worden. Zusammenfassende monographische Arbeiten der letzten Jahre heben sie nicht besonders hervor. In Forsters Würzburger Referat fehlen sie ebenfalls. Nun sind diese Bilder, wie ich mich durch Befragen verschiedener Militärstationen mit reichem hirntraumatischem Material überzeugt habe, auch tatsächlich recht selten, sofern man sie an der Gesamtzahl der Hirnverletzten mißt. Forscht man dagegen umgekehrt bei Patienten mit reaktiv paranoischen Störungen nach früher durchgemachten Hirntraumen, so ergibt sich ein etwas anderes Verhältnis. Unter den rund 20 Fällen psychopathisch reaktiver Wahnbildung, die in meinem Buch über den sensitiven Beziehungswahn[1]) beschrieben sind, finde ich jetzt nachträglich nicht weniger als 3 Patienten, die in ihrer Jugendzeit eine ernstliche Hirnerschütterung mit nachher nicht mehr ganz zurückgebildeten Beschwerden durchgemacht hatten. Diese Verhältniszahl, wenn auch statistisch prozentual nicht verwertbar, gibt doch als beiläufige Beobachtung sehr zu denken. Es findet sich darunter ein expansiver (der Malermeister), ein sensitiver (Bachmayer) und ein primitiv-sensitiv gemischter Fall (Urban), also keine Bevorzugung einzelner Charaktergruppen.

Was ist nun traumatische Hirnschwäche, oder, wie andere unter Betonung der psychischen Seite es ausdrücken: traumatisch-psychopathische Konstitution? Wir sehen dabei für unsern Zweck ab von noch nicht geklärten Fragen der Lokalisationslehre, besonders hinsichtlich der Abgrenzung der Stirnhirnsyndrome. Andererseits sehen wir keinen Nutzen darin, eine scharfe Trennungslinie zwischen allgemeiner Hirnschwäche und einzelnen psychischen Dauersymptomen der traumatischen Epilepsie, speziell der „epileptischen Reizbarkeit" zu ziehen. Die Reiz-

[1]) Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, muß hier auf dieses Buch überhaupt verwiesen werden, soweit in der vorliegenden Arbeit auf charakterologische Dinge und psychogene Mechanismen die Rede kommt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

barkeit bei manifesten Anfällen verliert sich kontinuierlich in diejenige der allgemeinen Hirntraumatiker, und auch bei diesen letzteren werden nur selten jene episodischen Gehirnvasomotorismen vermißt, die man als entfernteste Äquivalente des epileptischen Anfalls betrachten kann. Statt zu sagen: Wenn zu einem hirntraumatischen Zustand Epilepsie hinzutritt, so hat diese oft starke Reizbarkeit im Gefolge, würde man sich oft besser umgekehrt ausdrücken: Hirntraumatiker mit starker cerebraler Reizbarkeit disponieren zu epileptischen Anfällen.

Aber auch von alledem abgesehen scheint über das, was wir als typisch zurückbleibende Allgemeinsymptome nach Hirntrauma betrachten dürfen, noch keine völlige Klarheit erzielt. Ich greife einige Stellen aus dem Referat über die Würzburger Kriegstagung heraus, die sich besonders auf die Affektivität der Hirntraumatiker, als die für unser Thema wichtigste Seite beziehen. Poppelreuter findet geringere Energie und Frische, Einbuße an Interesse und Affektivität; die meisten Hirnverletzten sind generell ruhiger und gleichgültiger, lenksamer als früher. Verminderung der aktiven Persönlichkeitsfaktoren ist die Regel, wenn auch zwischendurch Zustände erhöhter Reizbarkeit gefunden werden können. Ganz ähnlich schildert Röper die traumatisch-psychopathische Konstitution als einen Zustand, wo bei erhaltener Intelligenz der Charakter verändert und die Reizschwelle für physische und psychische Reize erheblich herabgesetzt ist. Im Gegensatz dazu findet Hübner die Reizbarkeit und Neigung zu Verstimmungen bei alten Dauerzuständen vorherrschend, und Stransky betont bei Kopfverwundeten eine höhere Anfälligkeit für die Antriebe zu Affektdelikten. Das Zurücktreten von grob intellektuellen und im engeren Sinne ethischen Störungen wird auch von den beiden letzteren Autoren betont. Derselbe Beobachtungskontrast zieht sich durch das Forstersche Referat hindurch, wobei der Redner mit seinem ausgesprochen lokalisatorischen Interesse das abulisch-apathische Syndrom für das Stirnhirn und die Reizbarkeit und Neigung zu impulsiven Wutausbrüchen für die Zentralgegend zu reservieren sucht.

Um das Dilemma aufzulösen, werden wir sogleich weiter fragen müssen: wofür ist der Hirntraumatiker erhöht und wofür ist er vermindert reizbar. Hierbei fällt uns auf, daß der Wortführer der einen Anschauungsweise, Poppelreuter, sich ausdrücklich auf Lazarettbeobachtungsmaterial, sein scheinbarer Gegner Stransky sich auf forensische Erfahrungen stützt. In einem geschützten Milieu also, wo vorwiegend nur die nivellierten, leisen Dauerreize des Alltags auf den Hirnschwachen einwirken, wird er ruhig, gleichgültig, minder aktiv gefunden, während vor den Schranken des Gerichts, wo die Folgen einzelner, starker Affektstöße des freien Lebens zum Austrag kommen, der Eindruck der erhöhten Affektivität und mangelnden Triebhemmung

Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

überwiegt. Ich habe andernorts schon darauf hingewiesen, daß diese beiden Formen von Eindrucksfähigkeit auch vom charakterologischen Standpunkt aus zu unterscheiden sind und nicht miteinander parallel gehen.

Übrigens wiederholt sich hier beim Hirntraumatiker dieselbe Beobachtung, die uns von andern Cerebralorganikern her längst geläufig ist. Beim Paralytiker, Arteriosklerotiker, auch beim Alkoholiker sehen wir in einem bestimmten Stadium vielfach, daß er für solche Reize generell indolent ist, die beim Normalen durch ihre unmerkliche, im Stimmungshintergrund wirkende chronische Präsenz das Seelenleben aufs nachhaltigste beeinflussen, wie etwa die mit Familie und beruflicher Zukunft verknüpften Gefühlstöne, während er auf momentanen starken Affektstoß mit Ausbrüchen übermäßiger Heftigkeit reagieren kann. Kurz gesagt: Die affektive Ansprechbarkeit für nivellierte Reizreihen ist erniedrigt, diejenige für Reizstöße erhöht. Dasselbe Bild einer unter einer generellen leichten Indolenz schlummernden explosiven Bereitschaft ist beim Hirntraumatiker ganz gewöhnlich. Neben diesem kontrastierenden Syndrom findet man allerdings auch zuweilen reine Affektbilder, wo die Überreizbarkeit für jede Art von Eindrücken die Szene beherrscht, andererseits solche mit solider Indolenz, die auch von kräftigen Reizen kaum noch durchbrochen wird. Daß das Stärkeverhältnis zwischen beiden Komponenten sich von Fall zu Fall in allen Schattierungen abstuft, kann sehr wohl zum Teil hirntopographisch verstanden werden; andererseits spielt die vorherige Charakteranlage, wie wir unten sehen werden, auch für die Symptomgestaltung der traumatischen Hirnschwäche eine große Rolle.

Soviel über die Veränderungen der affektiven Schwingungsweite beim Hirntraumatiker. Was die Stimmungsfarbe betrifft, so kann man hauptsächlich drei verschiedene Typen unterscheiden: dysphorische Verstimmung, gleichmütigen Ernst und ausgesprochene Euphorie. Ganz entsprechend den Verhältnissen bei andern Gehirnleiden scheint es auch hier, daß es gerade die leichteren, speziell die reizbaren Fälle sind, die am meisten die Fähigkeit haben, unter ihrem Zustand zu leiden, die feinen Veränderungen in ihrer intellektuellen und affektiven Leistungsfähigkeit wahrzunehmen, und darauf mit Mißmut und Depression zu antworten. Ruhig-ernsthaft scheinen viele mittelschweren Fälle, ohne daß man diese Stimmungsunterschiede einfach zum Gradmesser für die Schwere der Hirnschädigung machen dürfte.

Ausgesprochene Euphorie findet man selten; in ihrer Verbindung mit schwerer Indolenz und ernstlichen assoziativen Minderleistungen ist sie offenbar ein Ausdruck schwerer cerebraler Veränderungen, die man in ihrem sozialen Effekt ruhig als traumatische Demenz bezeichnen darf; Bertschinger hat vor kurzem einen solchen Rest-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zustand nach schwerem Schädelbruch beschrieben; dasselbe Syndrom sah ich neulich bei einem jungen Menschen, der einen Sagittaldurchschuß durch die linke Hemisphäre von der Stirn zum Hinterhaupt erlitten hatte; gutmütig-lenksam und gar nicht explosiv, lebte er trotz bedrängter sozialer Lage ohne den geringsten Entschluß für seine Zukunft dahin, indem er Tag für Tag mit einer ebenmäßigen Vergnügtheit am Bach lag oder im Stall herumsaß. Obgleich auch hier die euphorische Affektstörung und der Mangel an Antrieb über die eigentlichen Intelligenzstörungen stark überwog, wird man doch solche Fälle nicht mehr im Rahmen der traumatischen Hirnschwäche unterbringen wollen, die eben doch nur die leichteren funktionellen Minderleistungen des Gehirns ohne groben Ausfall umfaßt.

Diesem fließend begrenzten Unterschied zwischen Hirnschwäche und Demenz entsprechen übrigens bei andern diffus organischen Hirnleiden ganz analoge Verhältnisse. Auch beim Paralytiker können wir oft das dysphorisch-reizbare Initialstadium als Stadium der Hirnschwäche dem euphorisch-indolenten Demenzstadium gegenüberstellen, wobei jenes oft ohne, dieses immer mit groben Intellektstörungen einhergeht. Was aber dort beim progressiven Hirnleiden eine wenig beachtete Durchgangsphase darstellt, das ist beim regressiven Hirnleiden, also besonders bei dem des Traumatikers, nun häufig gerade der dauernde Endzustand, auf dem der Schwerpunkt der Betrachtung liegt. Und auch bei der traumatischen Hirnschwäche mischen sich in das, wie man früher gern sagte: „neurasthenische" Bild solche Züge, z. B. von Gemütsstumpfheit, die man bei andern Cerebralorganikern unbedenklich schon dem Begriff der Demenz unterordnet. Aus diesem Vergleich ergibt sich, daß es mit unserem sonstigen Sprachgebrauch nicht im Einklang stünde, wenn wir den Ausdruck Demenz bei den hirntraumatischen Folgezuständen ganz ausschalten wollten und andererseits, wenn wir bei der Abgrenzung des Begriffes der traumatischen Hirnschwäche alles Demente glaubten reinlich abtrennen zu können.

Wenn wir aber nun mit einem Wort die wesentlichen Züge der traumatischen Hirnschwäche zusammenfassend bezeichnen wollen, so werden wir sagen: Der Hirntraumatiker hat eine Temperamentsverschiebung erlitten, indem wir mit dem Wort „Temperament" Gemütslage und affektive Schwingungsweite (diese sowohl nach Höhe als Dauer) zusammenfassen und diesen Begriff den Charaktergewöhnungen, speziell der ethischen Struktur gegenüberstellen. Temperamentsverschiebungen sind durch biologische Einflüsse aller Art, z. B. schon durch Ermüdung, leicht zu erzielen, während die ethische Charakterstruktur nur der schweren cerebralen Auflösung weicht.

Fragen wir nun, welche Punkte in dem Symptomkomplex der traumatischen Hirnschwäche, speziell der Wahnbildung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

förderlich sind. Zunächst wird die einfache Erhöhung der affektiven Reizbarkeit die Wahnfähigkeit bei solchen Personen erhöhen, deren Charakterstruktur schon vor dem Unfall eine bestimmte Richtung dieser Art hatte, ohne daß das entsprechende Temperament vorhanden gewesen wäre; wir kommen darauf ausführlich zurück. Die einfache Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit muß wahnhemmend wirken; dagegen wird die praktisch häufige, schon oben erwähnte Konstellation, wo bei Indolenz für nivellierte Alltagsreize die Erregbarkeit für kräftige Affektstöße erhöht ist, die Bildung überwertiger Vorstellungen dadurch begünstigen, daß die Überwertung grober Affektkomplexe erleichtert, ihre allmähliche Usur durch die feineren Affektnuancen des Alltags aber hintangehalten wird. Dysphorische Gemütslage wird die Empfänglichkeit für Unlustreize und dadurch bei entsprechender Charakterstruktur auch für Wahnkeime erhöhen, und besonders wird die Selbstwahrnahme der verminderten seelischen Leistungsfähigkeit den Angelpunkt für Insuffizienzgefühle und dadurch wieder für die Wahnentstehung hauptsächlich in sensitiver Richtung abgeben können. Bezüglich des indolenten Typs der Hirntraumatiker hat neulich wieder Forster darauf hingewiesen, daß oft nur ein isolierter „Mangel an Antrieb“[1]), d. h. ein Minus an Wille und Motilität vorliegt, während die rezeptive Seite, das Interesse und die Affektfähigkeit ganz gut erhalten sind. Diese Konstellation ist für unsere Frage beachtenswert, weil so — künstlich-traumatisch — ein Mangel an Ausdrucksfähigkeit erzeugt werden kann, der bei gleichzeitig guter Rezeptivität die Neigung zu Affektstauung und Verhaltung, also wiederum zu sensitiven Wahnentwicklungen, erhöhen kann.

Daß auch die leichten Störungen auf assoziativem Gebiet, die mindestens in subjektiven Klagen über Denkerschwerung und Gedächtnisschwäche bei den wenigsten Hirntraumatikern vermißt werden, im gegebenen Augenblick der Wahnerzeugung Vorschub leisten können, wird man nicht bezweifeln; doch erscheinen gerade die intellektuellen Störungen bei traumatischer Hirnschwäche noch nicht genügend exakt bearbeitet, um eine Analyse der Wahnbildung nach dieser Richtung fruchtbar zu machen. Immerhin sei auf solche kommotionellen Störungen auf assoziativem Gebiet hingewiesen, wie sie Bertschinger als fleckförmige Einschränkung des geistigen Blickfeldes und Erschwerung der Lenkbarkeit der Aufmerksamkeit bezeichnet. Beim Auftreten affektbetonter Komplexe wird diese kommotionelle

[1]) Die Herabsetzung des Willensantriebs, die Unfähigkeit zu einer aktiven Willensspannung höheren Grades und längerer Dauer hat auch Busch auf experimentalpsychologischem Weg — und zwar als hirntraumatisches Allgemeinsymptom, ohne Rücksicht auf bestimmte Hirnteile gekennzeichnet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störung mit den ganz analog — auf Einengung und Fixation — gerichteten Wirkungen der überwertigen Idee auf die Assoziationstätigkeit sich kumulieren können. Wie endlich erhöhte cerebrale Ermüdbarkeit für die Wahnentwicklung ein geradezu ausschlaggebendes Moment werden kann, habe ich beim sensitiven Beziehungswahn gezeigt; da sie zu den fast konstanten Eigenschaften des Hirntraumatikers gehört, wird man sie in diesem Zusammenhang besonders beachten müssen.

Doch wenden wir uns nunmehr der Betrachtung der Einzelfälle zu.

Friedrich Wendt, geb. 14. IV. 1889, Küfer. Er stammt aus einer ganz gesunden Familie von ausgeprägter persönlicher Eigenart. Der Vater, ein tüchtiger, ländlicher Küfermeister, ist durch seine Umständlichkeit und Gewissenhaftigkeit in der Umgegend bekannt. Er wird nie fertig, hat immer noch etwas vergessen, wenn er aus dem Haus gehen will. Er befragt sich überall herum, ehe er etwas Neues unternimmt. Er bezahlt grundsätzlich sofort, ist auf den ehrlichen Namen seines Geschäfts peinlich bedacht, dabei überaus gefällig, freundlich, geht stundenweit anderen Leuten zuliebe. Obgleich klug, kommt er durch die Gutmütigkeit, mit der er sich von andern überreden läßt, in Nachteil. Bei Kriegslieferungen verwandte er auf die peinliche Beachtung aller Vorschriften eine Sorgfalt, die von seinen Kollegen belächelt wurde. — Die Mutter des Patienten ist ganz ähnlich, eine weiche, gewissenhafte Natur, die nie zur Zeit fertig wird, eine gute Hausfrau und voller Sorge für ihren Mann. — Die Familieneigentümlichkeiten sind auch bei den 3 Geschwistern des Pat. deutlich erkennbar. Doch ist seine Schwester mehr energisch, „tonangebend", sie führt das Ladengeschäft, ist aber auch höchst umständlich, pedantisch, besorgt und wichtignehmend. Die ganze Familie ist von heiterer, ruhiger Gemütsart, dabei ausgesprochen religiös.

Pat. selbst war von Jugend auf gesund und kräftig, gut begabt, allgemein als lustiger, gemütlicher Kerl bekannt und beliebt; er mußte bei allen Festlichkeiten dabei sein, schauspielen und Spaß machen und verstand allerlei schöne Musik. Dabei sah er aber auf anständiges, solides Wesen, hat nur ein einziges Mal einen Rausch gehabt, über den er sich heute noch schämt. Auch bei andern war ihm Betrunkenheit widerlich. Obgleich öfters verliebt, hatte er doch nie intimen Verkehr mit Mädchen, auch in seiner aktiven Soldatenzeit nicht, weil er dies als Sünde betrachtete. Auch war er auf Reinlichkeit sehr besorgt, besonders bei Benutzung von Aborten, aus Angst, sich mit irgendeiner Krankheit anzustecken, während er sonst nicht ängstlich war. Ein guter Bekannter aus früherer Zeit schildert ihn als genau und peinlich im Beruf, umständlich, weich, nicht so energisch, dabei von sehr gutmütiger, anständiger Gesinnung, geschäftstüchtig, freundlich und heiter. — Sogleich bei Kriegsbeginn rückte er ins Feld. Er wird von seinem Kommandeur als „einer der tapfersten und unerschrockensten" Soldaten bezeichnet. Die ganze Familie ist sehr patriotisch.

Am 6. September 1914 wurde er durch Granatsplitter an der rechten Schläfe verwundet. Er war sofort, etwa 1 Stunde lang, bewußtlos, hatte anschließend Schmerzen und pelziges Gefühl links in Hand und Fuß, streifte ein paar Wochen lang mit dem linken Fuß beim Gehen und hatte immer viel Kopfschmerzen in der rechten Schläfe. Im März 1915 ging er freiwillig wieder ins Feld, war hier aber schreckhafter und aufgeregter als das erstemal. Nach starker Beschießung mit großer Lebensgefahr und körperlicher Überanstrengung wurde er am 24. VI. 1915 wegen heftiger Kopfschmerzen ins Feldlazarett geschickt und bekam auf der Fahrt dorthin erstmals einen epileptischen Anfall, war dann ein paar Tage sehr er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schöpft und schlafsüchtig. Im Reservelazarett M. wurde er, offenbar durch Versehen bei der Wassermannsreaktion, auf Lues behandelt, die Therapie aber nach Erkennung des Irrtums bald abgebrochen.

Von Ende August 1915 ab stand er bei einem Ballonabwehrkommando in der Heimat. Auch bei diesem leichten Dienst war er nicht voll leistungsfähig, ermüdete rasch, bekam auf Beobachtungsposten Flimmern vor den Augen und war im Kopf sehr empfindlich. Am 29. III. 1916 erfolgte ohne Anlaß ein zweiter Anfall typisch epileptischer Art mit heftig blutendem Zungenbiß, Verzerrung des Gesichts, Streckkrampf des Körpers und tiefer Bewußtlosigkeit, der in einen etwa einstündigen deliranten Erregungszustand überging, in dem Pat. die umherstehenden Nachbarn als Franzosen verkannte und wild auf sie losging. Anschließend und auch vielfach am nächsten Tag schlief er tief, es zeigte sich vorübergehend Hinken und Schwäche im linken Bein, drei Tage nachher konnte er sich nicht rasieren, weil er beim Blick in den Spiegel Schwindel bekam.

Bei diesem Anlaß kam Pat. vom 4. IV. bis 1. V. 1916 erstmals in meine Beobachtung nach Mergentheim. Er zeigte folgenden Befund: An der rechten Schläfe dicht über dem Ohr, schräg nach vorn oben verlaufend eine 3 cm lange Hautnarbe, darunter erhebliche Knochenvertiefung ohne Pulsation; in der linken Hand etwas verlangsamte Bewegungsfolgen und leichtes Danebentreffen bei Zielbewegung nach rechts; kleine Andeutung von Patellarklonus im linken Bein und geringe Herabsetzung der motorischen Kraft desselben; Neigung zu spontanem Fußklonus bei Aufsetzen der linken Fußspitze und subjektives Krampfgefühl im linken Bein. Am 20. IV. 16 kam es noch einmal zu einem kurzen Schwindelanfall ohne Bewußtseinsverlust. Grobe psychische Störungen waren nicht vorhanden, die Intelligenzleistungen gut, das Kopfrechnen nur subjektiv etwas erschwert, die Stimmung ein wenig gedrückt; es bestand Müdigkeit und Schlafstörung. Körperliche und psychische Symptome besserten sich bald.

Von Mai 1916 bis Sommer 1917 versah Wendt ohne Schwierigkeit Ordonnanz- und Kammerdienst beim Ersatztruppenteil. Anfälle oder sonstige Motilitätsstörungen traten nicht mehr auf. Immerhin fühlte er sich auch in dieser Zeit nie ganz so frisch und heiter wie vor der Kopfverletzung, auch die Kopfschmerzen schwanden nicht ganz; nach dem Urteil seiner Angehörigen war er etwas stiller als früher, zeigte aber keine auffallende Charakterveränderung, er war gesellig und ging seinem Vergnügen nach. Körperlich ermüdete er wesentlich rascher als früher.

Im Juli 1917 nun ereignete sich folgendes: Man verhaftete plötzlich den Quartiermeister, Wendts Vorgesetzten, wegen ausgedehnter Unterschlagungen auf der Kammer. Auch das Personal wurde verhört. Wendt hatte mit der Sache nur insofern zu tun, als er wiederholt auf Befehl des Quartiermeisters Pakete aus der Kammer weggetragen hatte. Als ihm dieser dann einmal 5 Mk. dafür anbot, hatte er diesen Dienst verweigert, weil es ihm verdächtig vorkam. Meldung hatte er nicht erstattet. Hierüber machte er sich nun nachträglich ernsthafte Gewissensbisse, ob er sich nicht zum Mitschuldigen gemacht habe, dadurch, daß er die Befehle wiederholt ausgeführt, aber sich nicht zur Anzeige seines Verdachts entschlossen hatte. Er lebte in großer Angst, mit in die Untersuchung verwickelt und verhaftet zu werden. — Der Quartiermeister wurde nach seiner Festnahme zunächst ins Lazarett gebracht, weil er, wie Pat. wußte, an Lues litt. — Wenige Tage darauf meldete sich Wendt wegen der durch die Aufregung verursachten starken Kopfschmerzen revierkrank. Dort sagte ihm der Assistenzarzt: „Ihre Beschwerden kommen nicht von dem Kopfschuß, sondern von Syphilis her“ (entsprechend der vom Reservelazarett M. her stehengebliebenen Fehldiagnose). Wendt selbst, der nie etwas von dieser Vermutung gewußt hatte, fiel aus allen Wolken, war aufs höchste erregt und bestürzt, konnte es zuerst dem Arzt gar nicht glauben. Er war die nächsten Tage „ganz verwettert“, rastlos um-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

getrieben, er erkundigte sich, wo er konnte, nach den Symptomen dieser Krankheit, kaufte sich ein Buch, in dem er wunde Stelle am Glied, Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen als verdächtige Anzeichen beschrieben fand, die er alsbald auch bei sich entdeckte; er glaubte, weißen Ausfluß bei sich wahrzunehmen. Er fragte viele Kameraden, ob sie an Lues litten, und merkte sich deren Symptome. Weil er sich keiner Ansteckung bewußt war, quälte er sich mit dem Gedanken, er könnte die Krankheit beim Küssen erworben und sich damit verschuldet haben; früher hatte er gedacht, da wäre nichts dabei.

Weil er nimmer nach Hause schrieb, auch auf Briefe nicht antwortete, reiste endlich seine Schwester Ende August 1917 nach seiner Garnison F., um ihn aufzusuchen. Sie fand ihn so verändert, daß sie heftig erschrak. Er habe ganz furchtbar ausgesehen, ungepflegt, verängstigt und aufgeregt. Er blickte starr vor sich hin, war nicht gewaschen und rasiert. „Ich traue euch nimmer zu schreiben", sagte er. Vor wenigen Tagen habe er einem Kameraden auf der Kammer einen Mantel gegeben, tags darauf habe der ein Geschwür an den Hals bekommen. Den habe er angesteckt, ebenso einen andern, der neben ihm sein Bett hatte. Im Gesangbuch, das er ständig mit sich herumtrug, las er alle Sterbelieder. Er drohte mit Selbstmord und führte einen Revolver in der Tasche. Wie er den Quartiermeister vom Arrest kommen sah, fiel er in neue Erregung. Übrigens sprach er sehr viel, immerfort von seiner Sache, für alles andere war er teilnahmlos. Er rannte mit der Schwester in der Stadt herum, bis sie nicht mehr weiter konnte, und redete unaufhörlich auf sie hinein, so als ob er die ganze Quartiermeistersache allein gemacht und verschuldet hätte. Er lebte in großer Angst. Sein Eisernes Kreuz hatte er abgelegt. Er war der festen Meinung, daß er vom Heere ausgestoßen sei. Die Schwester durfte zu keinem Bekannten gehen, niemand besuchen; jedermann wußte von ihm, die ganze große Stadt verachtete ihn. Auch er selbst ging zu niemand mehr, von seinem Mädchen wollte er nichts mehr wissen. „Ich bin ganz fertig," sagte er zu seiner Schwester, „ich kann nichts mehr machen." Er wollte nicht mit nach Hause.

Ende Oktober 1917 kam rasch seine Entlassung vom Militär. Auch dies kränkte ihn lebhaft. Er sei jetzt „dauernd untauglich wegen Diebstahl"; er fühlte sich unheilbar krank und bürgerlich unmöglich. Auf dem Bahnhof begann er heftig zu weinen. In der Bahn fiel er allen Leuten durch seine furchtbare Unruhe auf, er lief immerfort im Wagen hin und her, machte die Türen auf und zu, schlang Brot herunter, sein Gesicht war „ganz versteinert", regungslos und starr.

So ging es auch zu Hause fort. Er ging allen Bekannten im Dorf aus dem Weg, wenn Besuch kam, flüchtete er. Nur einmal gelang es, ihn in die Kirche zu nötigen; er bezog die ganze Predigt auf sich. „Das ist der Platz, den Gott dir gab", hieß es — er hatte seinen Platz mißbraucht. „Sei getreu bis in den Tod" sollte sagen, daß er selbst in der Quartiermeistersache veruntreut hatte. Er war für die Hölle bestimmt und ewig verloren. Nachts in wilden Angstträumen sah er sich mit verhaßten Bekannten zusammen in der Hölle. Oder er träumte, sein Bruder sei tot, das Geschäft ruiniert und er selbst schuld an dem allem. Er arbeitete nichts, das habe keinen Wert und er sterbe doch bald. Den ganzen Tag lief er unruhig umgetrieben im Zimmer auf und ab, zählte die Bretter des Fußbodens und jammerte, er richte die ganze Familie zugrund, er stecke seine Geschwister an. Man reiste wiederholt mit ihm zu Spezialärzten, die ihm alle erklärten, daß er nicht geschlechtskrank sei; weder ihre Versicherungen noch wiederholte Blutuntersuchung beruhigten ihn länger als zwei Tage. Wenn man ihm die Krankheit ausgeredet hatte, so fing er von den veruntreuten Päckchen an und so auch umgekehrt. „Durch die Päckchen habe ich mir das Leben verderbt"; in beständiger Angst wartete er, daß man ihn deshalb vors Gericht abhole. Er habe Strafe verdient. Etwas anderes redete er nicht, das Essen schlang er heiß hinunter. Die Werkstatt betrat er niemals, weil jeder krank wird, der etwas kauft, was er in der Hand gehabt hat. Er bringt seinen Leuten nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schaden durch seine Anwesenheit, die ganze Familie kommt ins Unglück, niemand besucht mehr das Geschäft, weil man seine Krankheit kennt. „Es tut mir weh," sagte er, „daß jedermann auf mich traut, obgleich ich solche Sachen gemacht habe." An einzelnen Tagen war er etwas zugänglicher und konnte dann äußern, daß er über sich selbst lachen müsse, weil er sich diese Dinge einbilde. Er faßte seinen Bruder heftig am Hals: „Ich erwürge dich", rief er halb drohend, halb im Spaß. Er will noch seine ganze Familie wegräumen.

Da eine wesentliche Besserung zu Hause nicht eintrat, kam Pat. auf Betreiben seiner Angehörigen am 20. II. 1918 abermals in die Nervenstation Mergentheim. Hier zeigte sich die Furcht vor Bestrafung wegen Diebstahl und die Überzeugung, unheilbar syphilitisch zu sein, mit den daran angeknüpften hypochondrischen und Beziehungsideen zunächst wahnhaft fest fixiert. Er glaubte immer wieder, weißen Ausfluß bei sich wahrzunehmen, spürte die Krankheit in den Leib hinaufziehen, hatte taubes Gefühl im Hinterkopf, das von Syphilis herkomme, spürte nachts „Tröpfeln" in seinem Kopf, wenn er sich von einer Seite auf die andere legte. Unter Arbeitstherapie und psychischer Behandlung gingen die Erscheinungen allmählich zurück. Das gedrückte, unruhige Wesen war nur noch zeitweise wahrzunehmen. Man sah Wendt in munterer Unterhaltung mit Kameraden sich vergessen, er arbeitete tüchtig und schlief befriedigend. Nach einmaligem Alkoholgenuß erfolgte am 19. April ein kurzer epileptischer Anfall mit Pupillenstarre und Zungenbiß — der erste und auch weiterhin einzige seit dem Frühjahr 1916; er blieb ohne ernstlichen Einfluß auf den Gang der Psychose. Nachdem auch Wendt selbst zu der Überzeugung gekommen war, daß er nun zu Hause volle Arbeit versehen könne, wurde er am 27. Mai 1918 entlassen. Die Quartiermeistersache war für ihn ziemlich in den Hintergrund getreten. Die hypochondrische Wahnbildung war zwar nicht völlig korrigiert, aber doch stark verblaßt; Besorgnisse dieser Art trübten nur noch vorübergehend seine gute Stimmung. Sein geselliges und berufliches Verhalten war dadurch nicht ernstlich beeinträchtigt. Als einzelner Rest war die Angewohnheit, in der freien Zeit oft im Gang auf und ab zu gehen, geblieben.

Die Wendtsche Familiengeschichte entlockt uns sogleich die Frage: Weshalb haben diese Leute nicht alle eine Zwangsneurose? Es findet in dieser Familie mit ihrer strebsamen Ehrlichkeit, Anständigkeit und besorgten Gemütsweichheit, mit ihrer Umständlichkeit, Pedanterie und Religiosität geradezu eine Inzucht sensitiver Charaktereigenschaften statt, die im Lebensverlauf wenigstens einzelner Familienmitglieder die entsprechenden neurotischen Blüten treiben müßte — wenn eben an diesen Leuten überhaupt etwas Neurotisches wäre. Wir können so sagen: wenn diese Leute mit dieser außerordentlich spezifischen Charakteranlage überhaupt nervös wären, so müßte ihre Nervosität aller Voraussicht nach in der Form einer Zwangsneurose oder eines sensitiven Beziehungswahns ihren Ausdruck finden. Das Gegenteil von dem ist der Fall: wir finden Leute von einer beneidenswerten nervösen Gesundheit, von einem behaglichen seelischen Gleichgewicht, von einer Ruhe und Heiterkeit, die allgemein in die Augen fällt. Während also die charakterologische Struktur ganz der zwangsneurotischen entspricht, ist der biologische Unterbau dieses Charakters, die allgemein körperliche und Gehirnkonstitution von solider

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Festigkeit, sie entbehrt jener erhöhten Labilität, jener reizbaren Schwäche, die den Nervösen überhaupt und so auch den Zwangsneurotiker eben erst zum Neurotiker macht. Gerade auch die Jugend des Patienten selbst, über die wir besonders genaue, zuverlässige Angaben besitzen, hat nichts von der Vorgeschichte eines Psychopathen an sich. Von der sensitiven Struktur seiner Persönlichkeit abgesehen ist er eine kräftige, ausgeglichene Natur, der gesellig und beruflich seinen Mann stellt, heiter in Ruhe und widerstandsfähig in Gefahr; nirgends war er in seinem bisherigen Lebensgang gestrauchelt. Vergleicht man diese Persönlichkeit mit den von mir andernorts geschilderten sensitiven Menschen, die später an Beziehungswahn erkrankten, mit ihrer durchweg schon von Jugend auf ausgeprägten seelischen Labilität und Überempfindlichkeit, so würde man Wendt gegen eine spätere wahnhafte Entgleisung seines Gemütslebens für ziemlich gefeit halten — wenn nicht neue, ganz besondere Umstände hinzutreten.

Dieses Neue trat nun aber mit dem Kopfschuß am 6. September 1914 hinzu. Die Beteiligung des Gehirns ist durch die leichten hemiparetischen Anfangsstörungen und die vereinzelten epileptischen Anfälle im weiteren Verlauf sichergestellt. Der psychische Schaden ist bis auf weiteres scheinbar ganz gering: ein wenig Einbuße an Frische und geistiger Lebendigkeit und hinter dieser spurweisen Indolenz versteckt bei genauerem Zusehen allerdings eine wesentlich erhöhte Ermüdbarkeit und eine entschieden verringerte Widerstandskraft gegen kräftige affektive Belastungsproben, wie sie besonders in der Schreckhaftigkeit und Erregbarkeit bei erneutem Felddienst zum Ausdruck kommt. Die psychische Kraft ist also gesunken, die Reizbarkeit gegenüber schwierigen, affektiven Situationen erhöht; die biologische Rüstigkeit eines früher sehr gesunden Gehirns hat notgelitten. Genau ausgedrückt: Wendt hat zu der sensitiven Charakteranlage, die er vorher besaß, eine neurotische Konstitution hinzuerworben. Er ist von nun ab nicht mehr bloß ein sensitiver Mensch, sondern ein Sensitivneurotiker. Gerade das, was in seiner angeborenen Anlage noch fehlte, um ihn wahnfähig zu machen, ist nun durch den Hirnschuß neu hinzugekommen.

Der Erfolg dieses pathologischen Ergänzungsvorgangs tritt mit überraschender Pünktlichkeit ein. Über den Mechanismus der Erlebniswirkung, die die sensitive Wahnbildung auslöst, ist alles Wesentliche schon früherenorts gesagt. Auch bei Wendt ist es das Erlebnis der beschämenden Insuffizienz, der ethischen Niederlage, was die wahnhafte Erkrankung heraufführt. Er ist in der Strafsache gegen den Quartiermeister in eine Situation hineingeraten, die zwar objektiv — wie so oft beim Sensitivneurotiker — eigentlich recht unverfänglich, subjektiv aber für ein empfindliches Gewissen so gestaltet war,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß sie zum Haken für nachträgliche skrupulöse Selbstbeschuldigungen sich aufs beste eignete. Diese skrupelhafte Anständigkeit der Gesinnung ist bei Wendt angeborenes Familiengut; erworben, und zwar durch den Hirnschuß, ist nur die ganz überraschende nervöse Empfindlichkeit, mit der der früher so ruhige Mann nun auf einmal auf ein verhältnismäßig unbedeutendes Ereignis reagiert. In der Tat konnte er sich vorwerfen, daß er in gewissem Sinn dadurch an dem Unterschleif mitschuldig geworden, daß er ihn nicht sogleich beim ersten Verdacht zur Meldung gebracht; niemand aber, der die Schwierigkeiten der militärischen Situation eines Untergebenen in solchem Falle kennt, hätte ihm daraus einen Strick drehen können, zumal seine Rechtlichkeit allgemein anerkannt war. Die von dem Schuß herstammenden starken Kopfschmerzen, die ihn hier wieder, gleichzeitig mit der Angst und Aufregung befallen, bestätigen den Anteil der cerebralorganischen Schädigung auch an der affektiven Komponente der Erlebnisreaktion.

Bei seiner Krankmeldung auf dem Revier trifft ihn obendrein noch eine zweite seelische Verletzung durch die fälschliche Mitteilung des Arztes, daß seine Beschwerden auf Lues beruhten. Dieser Schlag mußte nun gerade in eine Linie seines Wesens treffen, die charakterologischerweise schon vor dem Hirnschuß bei ihm besonders empfindlich gewesen war; denn gerade die pedantische Reinlichkeit, die Furcht vor Ansteckung und die sexuelle Skrupelhaftigkeit zeichnete ihn schon in jungen Jahren aus; was ihn damals als Gesunden berunruhigte, das mußte ihn nun als empfindlichen Cerebralorganiker geradezu niederschmettern. Die zügellose Höhe des ausbrechenden Affekts, der rasch alle Kritik zerstört, fällt nun wieder zweifellos auf die Rechnung des hirnschwachen Traumatikers, während die Affektrichtung, das Qualitative der Erlebnisverarbeitung genau in der Bahn der sensitiven Charakteranlage läuft, wie denn die Idee der luetischen Ansteckung für Gefühle der eigenen Schuld und niemals abreißende Ketten selbstquälerischer Vorwürfe die breiteste Bahn schafft, und damit gerade für das, was den tragenden Nährboden aller Sensitivpsychosen darstellt. Die Affekthöhe ist hirntraumatisch, die Affektrichtung charakterologisch bedingt.

Besonders hübsch ist es zu sehen, wie die beiden Erlebnisquellen des sensitiven Affekts nun sogleich eine Anastomose bilden. Die beiden sich innerlich ganz fremden Vorstellungen, einerseits luetisch, andererseits mit dem Quartiermeister zum Dieb geworden zu sein, finden ihre Vereinigung über die Tatsache, daß der Quartiermeister luetisch ist und bei seiner Verhaftung ins Lazarett kommt. Es bildet sich dadurch weiterhin bei Wendt eine Art Identifikation der eigenen Person mit der des Quartiermeisters. In seinen ausschweifenden Selbstquälereien fließt unter der Hitze des Affekts Verseuchung und mora-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lische Verkommenheit zu einer nicht mehr klar auseinanderfallenden Legierung zusammen. Der sich immer gleichbleibende Affekt hat nun ein doppeltes Vorstellungsgefäß; je mehr er aus dem einen verdrängt wird, desto mehr füllt er das andere. Je triftiger dem Pat. ärztlich bewiesen wird, daß er nicht luetisch ist, desto stärker wirft er sich auf die Selbstanklage wegen des Paketdiebstahls und umgekehrt.

Wie der Affekt, so ist auch der Vorstellungsrahmen der Wendtschen Psychose, mit seiner Mischung von Hypochondrie, ausgebreitetem Beziehungswahn und Andeutung von Verfolgungsideen, ganz der einer typischen Sensitivpsychose. Auffallend ist hier nur das selbständige Heraustreten der Psychomotilität, deren Erregung sonst beim sensitiven Beziehungswahn nicht so die Szene zu beherrschen pflegt, zumal Sensitivaffekte im ganzen mehr nach innen als nach außen arbeiten. Diese sunaufhörliche Hineinreden auf die Angehörigen, dieses triebhaft monotone, raubtierhafte Auf- und Abrennen in Gang und Zimmer, das stundenlang fortgesetzt wird und noch nach Verblassen der Wahnbildung andeutungsweise die Psychose überdauert, diese Züge waren wir sonst bei Sensitiven zu finden nicht gewohnt. Man ist versucht, sie wenigstens vermutungsweise wieder mehr der Hirnverletzung zuzuschreiben, in der Art, wie bei Beschädigungen der motorischen Rindenregion überhaupt eine gesteigerte Explosivität, d. h. eine Erleichterung der psychomotorischen Entladungssymptome vielfach eintritt. Was sich beim mehr primitiv veranlagten Menschen, wenn er hirnverletzt ist, als Explosivität, als momentane, schlagartige Affektentladung äußert, das würde sich beim sensitiven Menschen, entsprechend seinem gehaltenen, chronisch gebundenen Affektverlauf mehr in der hinziehenden, rhythmisch wiederholten Form, wie bei Wendt, kundtun. Man könnte diesen Trieb zu laufen geradezu mit der epileptischen Poriomanie in Parallele setzen. Ich sage zunächst nicht, daß es so ist, sondern nur, daß man an diese Möglichkeit denken muß. —

Zusammenfassend werden wir also an sicheren Ergebnissen folgendes herausstellen: Der Hirnschuß hat bei Wendt eine erhöhte psychische Reizbarkeit geschaffen. Diese Reizbarkeit des Hirntraumatikers ist nun aber nicht, wie man sich das wohl vorstellte, ein grobes organisches Allgemeinsymptom, das durch den Hirnschuß sozusagen von außen her als fertige Größe jedem Seelenleben in derselben Form eingepflanzt würde. Wo keine schwere Hirnzerstörung vorlag, wird vielmehr diese Reizbarkeit in den vorgebildeten Bahnen der Charakteranlage streng individuell aus dem vorher vorhandenen Seelenleben heraus entwickelt in der Weise, daß einmal die Affektivität nur in bestimmten Richtungen gesteigert ansprechbar wird, in denen sie schon vorher erhöht empfindlich war und sodann, daß die so gereizte Affektivität sich nicht nach einer schematischen hirntrauma-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tischen Einheitsform, sondern wiederum in den charakterologisch vorgebildeten Formen entlädt. Wir sehen bei Wendt keine generell erhöhte Reizbarkeit; wir beobachten ihn durch Jahr und Tag (Mai 1916 bis Juli 1917) und sehen, daß er gegenüber den alltäglichen Affektreizen, die ihn in dieser Zeit treffen, so widerstandsfähig ist wie früher; nichts greift ihn an, niemand hat im mindesten von ihm den Eindruck eines aufgeregten Menschen. Man könnte meinen, der Hirnschuß wäre spurlos an ihm vorübergegangen. Und nun treffen ihn zwei Erlebnisse, wie sie gerade zur Reizung einer sensitiven Charakteranlage geschaffen sind — und nun ist plötzlich das Gleichgewicht zerstört, die Widerstandslosigkeit des traumatisch geschädigten Gehirns kommt in einem ungebändigten Aufruhr von Gefühlen hell zum Vorschein, aber wiederum nicht in der Form der Explosivität, sondern nach innen gewendet und hingezogen in dem in der Charakteranlage präformierten Bild des sensitiven Beziehungswahns.

Josef Hiltmann, geb. 2. Juni 1894, Bauernknecht. Hiltmann erkrankte als Soldat im Winter 1917/18 im Anschluß an ein mit Dämmerzustand, Schüttelzittern und Sprachstörung einhergehendes schweres hysterisches Symptombild mit einem Verfolgungswahn, und zwar im Zusammenhang mit einer militärgerichtlichen Strafsache wegen Rinderdiebstahl, in die er verwickelt war.

Seine Lebensgeschichte, die durch zahlreiche aktenmäßige Belege gut gesichert ist, erzählt er folgendermaßen:

Er ist in Oberschwaben als armer Leute Kind auf dem Land geboren und ist seit seinem 8. oder 9. Lebensjahr dauernd bei fremden Leuten im Dienst. Seine Mutter hat ihn nie leiden können; sie ist nie lustig oder gemütlich, ist hart und schimpft oft mit dem Vater, der ein guter, ernsthafter und fleißiger Mann ist. Der ist nicht begabt, die Mutter auch nicht. Eine Schwester ist seit Jahren angeblich epileptisch, ein Bruder lebt ähnlich wie Pat. gern für sich allein. Die vielen andern Geschwister, die übrigens gesund sind, seien alle mehr oder weniger reizbar und zum Schimpfen geneigt.

Als kleiner Junge im Dienst bei den Bauern bekam er viel Schläge. Die Mutter sagte: „Haut ihn recht, er hat's nötig." Er hat oft darüber geweint, daß sie das sagte; Unfreundlichkeiten haben ihm immer sehr weh getan. Sein Lehrer bezeugt, daß er ein fleißiger, williger Schüler war, der befriedigend lernte, dabei ziemlich lebhaft und eher etwas aufgeregt, übrigens ein ganz normales, unauffälliges Kind gewesen sei. Seine eigene heutige Auffassung, daß er schon in früher Jugend sehr still, einsam und trübsinnig gewesen sei, ist ärztlich bedeutsam, aber zweifellos unrichtig.

In seinem 16. Lebensjahr erlitt Hiltmann durch Sturz von der Treppe einen schweren Schädelbruch. Er lag von Sonntag bis Mittwoch vollkommen bewußtlos, bekam dann etwa 14 Tage lang täglich wütende Erregungszustände, in denen er nur in der Zelle gehalten werden konnte; Bewußtsein wechselte mit Bewußtlosigkeit ab. In den folgenden Jahren bekam er in unregelmäßigen Abständen von $^1/_2$ Jahr bis 1 Jahr Anfälle, nie durch psychische Aufregung, sondern unerwartet mitten in ruhiger Berufsarbeit, besonders bei Hitze und schwerer Anstrengung, speziell nach Heben und langem Bücken; er bekam Funken vor den Augen, dann wurde es schwarz, er verlor das Bewußtsein und fiel um; er schäumte aus Mund und Nase und verletzte sich öfters ernstlich die Hände,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so daß man sie verbinden mußte; die Anfälle waren kurz, nach höchstens 1/4 Stunde erwachte er; nachher sei er ruhig und schlaff gewesen, habe sich an allen Gliedern zerschlagen gefühlt und meistens einige Stunden ausruhen müssen. In den letzten Jahren kamen diese Anfälle nie mehr, jedoch neigte er bei denselben Anlässen, besonders bei Hitze, zu schweren, mit Schwindel verbundenen Kopfschmerzen, weshalb er sich im Sommer am liebsten in der gleichmäßigen Temperatur des Stalles aufhielt.

Seit der Schädelverletzung, erklären Eltern und Heimatbehörden einstimmig, hat sich Hiltmann in seinem seelischen Verhalten entschieden verändert. Er blieb nach wie vor gutmütig, sehr fleißig und brauchbar in seinem Beruf, solide und sparsam, so daß er sogar seine Eltern mit seinem Arbeitsverdienst unterstützte. Dagegen zeigte er nun eine große Reizbarkeit, die vorher nicht an ihm zu sehen gewesen war. Bei kleinen Anlässen war er launenhaft empfindlich, er konnte weder Vorwurf noch Widerspruch ertragen. Wenn man ihn schalt oder unfreundlich behandelte, sagt er selbst, sei er gleich „narret" geworden, weggelaufen, habe ein paar Stunden nichts mehr gesprochen, sei aber dann wieder gut gewesen. Zuweilen kam es bei solchen Anlässen zu schweren Wutausbrüchen, die seine Umgebung als „Tobsucht" bezeichnete und an die er sich nachher nur schlecht erinnerte. Im Jahr 1913 war er deshalb 6 Tage lang im Krankenhaus in der Zelle untergebracht. Vor ein paar Jahren wußte er im Streit mit seiner Mutter zuletzt nicht mehr, was er tat; er ging auf sie los und drohte ihr mit Erstechen. Sonst war er, wie sie selbst bezeugt, gut und verträglich mit ihr, obgleich er sie nicht leiden konnte.

In Zeiten solcher vorübergehender Gereiztheit und Verstimmung pflegte er schon in Zivil den Wahn zu äußern, er sei unwert, man verachte ihn, man schimpfe über ihn. Er bemerkte, daß man verstohlen über ihn lachte, daß man ihn ansah. Er selbst erklärt mir dies so: „Ich bin ja kein Mensch wie andere. Ich sehe doch ein wenig dumm aus. Ich sehe nicht aus wie andere Leute, ich gucke die Leute so dumm an." In seinem Heimatdorf bemerkte er nie, daß die Leute anzüglich gegen ihn wurden, dort kannte ihn jedermann, wie er war, dagegen sonst überall, wenn er verstimmt war. Sonst für gewöhnlich, wenn er ruhig auf seinem Hof arbeitete, fühlte er sich unbehelligt. — Seine Stimmung war nie so fröhlich wie die anderer Leute. Er war sehr still, sprach wenig und hielt sich am liebsten allein im Stall auf, wo niemand etwas von ihm wollte; da war ihm am wohlsten. Immerhin hat er zeitweise auch in den Städten in der Fabrik gearbeitet, zuletzt vom 13. XI. 1913 bis zu seiner Einberufung im Herbst 1914 in einer Spinnerei in W., die ihn als „sehr ordentlichen, fleißigen und zuverlässigen Arbeiter" schildert. Es sei dort nichts an ihm wahrgenommen worden, was darauf schließen ließe, daß er geistig nicht ganz normal wäre. Von den Mitarbeitern wird er als „sehr friedliebend und ordentlich" bezeichnet.

Hiltmann wurde im September 1914 eingezogen und stand seit Januar 1915, mit einer durch Verwundung bedingten Pause, dauernd bei der Infanterie im Feld. Er war ein guter Soldat, hatte nie eine Strafe und erhielt 1917 das Eiserne Kreuz. Seine Tapferkeit erklärt er damit, daß das Leben für ihn wegen seines gedrückten Gemütszustandes keinen Wert habe.

Am 1. Oktober 1917 nun entwich Hiltmann mit 2 andern Kameraden von der Truppe und war bis zum 29. November verschwunden, wo er stotternd und heftig am ganzen Körper zitternd sich freiwillig allein im Arresthaus in Ulm stellte. Vor der Desertion war die Abteilung in der Nähe von Gent in Ruhestellung gelegen, es hatten keine erregenden Umstände auf den Patienten eingewirkt, auch waren keine Störungen an ihm beobachtet worden. Die Entfernung der drei Kameraden war durch einen Rinderdiebstahl verursacht, über den, was die von Hiltmann dabei gespielte Rolle betrifft, ein sicherer, akten-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mäßiger Tatbestand nicht gewonnen werden konnte. Seine eigenen Angaben, öfters widersprechend und lückenhaft, sind jedenfalls nirgends bewußt erlogen. Nach Vergleichung aller Quellen ergibt sich etwa folgendes Bild: Es wurde unmittelbar vor der Desertion von den beiden Mitangeklagten ein Rind aus einem Stall gestohlen und geschlachtet. Dabei war Hiltmann zugegen, sei es nun, daß er zufällig als unerwünschter Zuschauer hinzukam oder daß er von den beiden andern unter falschen Vorspiegelungen zunächst zur Mithilfe gewonnen war. Jedenfalls scheint es, daß er, als ihm die Sache nicht mit rechten Dingen zuzugehen schien, versuchte, sich von den beiden andern loszumachen oder vielleicht auch Meldung zu erstatten. Diese haben ihn nun, wie er erzählt, am Sonntag nach Gent mitgenommen, und wie er dann wieder zur Truppe zurückkehren wollte, ihn wegen seiner Mitwissenschaft am Diebstahl zurückgehalten, als er entfliehen wollte, geprügelt, ihn mit zur Bahn genommen und sind mit ihm nach Stuttgart gefahren.

An die Fahrt erinnert er sich nicht, auch die folgenden Erlebnisse bis zur Meldung in Ulm sind ihm nur teilweise klar, teilweise dunkel oder gar nicht im Bewußtsein. Er arbeitete, unter Aufsicht seiner beiden Kameraden mehrere Wochen lang bei einer Frau St. in Stuttgart, zog dann mit dem einen derselben, gelegentlich bei Bauern arbeitend, durch das Land nach Oberschwaben. Mitte November 1917 tauchte er eines Nachts ungefähr $^1/_2$10 Uhr mit seinem Kameraden plötzlich in der elterlichen Wohnung auf. Er machte dort den Eindruck eines Geistesgestörten, äußerte den Wahn, man beschimpfe ihn, bedrohte die Angehörigen mit dem Seitengewehr, ohne jemand zu verletzen und entfernte sich am selben Abend ungefähr um 11 Uhr wieder. Am 29. XI. stellte er sich dann, wie gesagt, allein im Arresthaus. In seiner eigenen Erinnerung stellen sich die Vorfälle so dar, daß er etwa Mitte November seinen Kameraden in Stuttgart nachts durch ein Abortfenster allein entflohen sei. An die Szene zu Hause erinnert er sich nicht, er weiß gar nicht, daß er dort war. Daß sein Kamerad in der Zwischenzeit wieder einmal bei ihm war, weiß er, dagegen nicht, wann dieser ihn endgültig verlassen hat. Seine Erinnerung an die unterwegs berührten Ortschaften ist lückenhaft. Er habe schon von Gent an das Gefühl gehabt, als ob er den beiden Kameraden nachlaufen müsse. Er glaube auch, sie hätten ihn sonst totgeschlagen. Das Zittern habe ihn befallen, seit er in Gent von ihnen geprügelt wurde.

Da sogleich Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit entstanden, wurde Hiltmann am 2. Dezember 1917 dem Festungshauptlazarett Ulm zur Beobachtung überwiesen. Er war dort von der Aufnahme an klar und zugänglich und vermochte über seine Vorgeschichte, soweit oben geschildert, geordnete Auskunft zu geben. Der Schütteltremor wurde Ende Dezember 1917 durch Hypnose im wesentlichen beseitigt, während die Sprachstörung unverändert blieb. Es fiel ein außergewöhnlicher Grad von Suggestibilität, sowohl bei der Prüfung mit Nadelstichen als besonders bei der Behandlung auf, wo Pat. fast auf das erste Wort in tiefe Hypnose verfiel. Er klagte subjektiv über Vergeßlichkeit, während bei Prüfung die Merkfähigkeit sich nicht wesentlich vermindert zeigte. Auch beim Kopfrechnen, bei Reproduktion von Schulkenntnissen, überhaupt bei den groben Intelligenzleistungen gab er gute Resultate. Der Schlaf war meist schlecht. Die affektive Ansprechbarkeit war sehr erhöht; sie kam nicht nur in erregter Mimik und Atmung, sondern auch in starkem allgemeinem Schweißausbruch, in Beschleunigung und Arhythmie der Herztätigkeit zum Ausdruck. Die mechanische Muskelerregbarkeit, die Sehnenreflexe und das Hautnachröten waren gesteigert. Überm Hinterhauptsbein rechts der Mittellinie fand sich eine kleine verschiebliche, reizlose Hautnarbe ohne palpable Knochenveränderung. Der Augenhintergrund war normal, auch sonst fanden sich keine Störungen in organisch-neurologischer Hinsicht.

Am 17. IV. 1918 wurde Hiltmann wegen seines psychischen Zustandes in meine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mergentheimer Behandlungsstation verlegt. Er gab nämlich an, daß er seit seiner Entfernung von der Front bemerke, daß die Leute vor ihm durchgehen und ihn dumm ansehen. Auf der Straße lacht man über ihn, wenn man an ihm vorbeigeht. Er machte schon in Ulm dauernd einen unglücklichen Eindruck, er litt sehr unter der Vorstellung, daß ihn niemand mehr leiden könne, daß man über ihn rede und lache. Hierin war er vollkommen unbelehrbar. Er äußerte Lebensüberdruß, erregte sich sehr über die Möglichkeit einer gerichtlichen Bestrafung. Er sei kein rechter Mensch mehr, seit er von der Truppe weg sei, sein Leben habe keinen Wert mehr, es werde nie mehr besser mit ihm werden. In einem 10tägigen Heimatsurlaub zu Anfang April fühlte er sich noch unglücklicher als im Lazarett. Er kam weinend und aufgeregt zurück: es habe ihm nichts mehr gefallen, er habe keine Freude mehr am Leben, er habe gar nicht aus dem Haus gehen können, weil alles ihm nachgeschaut und ihn ausgelacht habe. — So war sein Zustand, als er in Mergentheim ankam.

Er blickte unsicher, mit einem ängstlichen Mißtrauen, er hatte bestimmt geglaubt, man würde ihn mit falschen Vorspiegelungen ins Irrenhaus schaffen. Gesicht und Körperhaltung sind voll krampfhafter Spannung, der Kopf ist gerötet. In der Erregung stottert er heftig. Kommt man auf seine Sache, so ist er oft den Tränen nahe. Er wird nach gründlicher, ärztlicher Aussprache in der Gärtnerei eingestellt. Er geht gern dorthin, weil er, wenn auch unter ständiger Aufsicht, ruhig für sich allein arbeiten kann; das ist ihm die Hauptsache. Bald berichten die Kameraden über ihn, daß er, sonst sehr wortkarg und einsiedlerisch, zuweilen Selbstmordgedanken und die Rede äußere, er sei kein Mensch mehr, er könne sich nicht mehr sehen lassen. Der Gärtner ist sehr erfreut über ihn und lobt bei jedem Anlaß seinen Fleiß und seine Zuverlässigkeit.

Am 30. IV. 1918 traf vom Brigadegericht die Verfügung ein, daß auf das Gutachten des Festungshauptlazaretts Ulm hin unter Annahme der Unzurechnungsfähigkeit das Strafverfahren gegen Hiltmann eingestellt sei. Die Eröffnung dieser Tatsache machte auf ihn keinen Eindruck. Er glaubte es nicht, obgleich er das Schriftstück in der Hand hatte. Zuletzt werde er doch noch bestraft. Ein Kamerad — diese Angabe ist richtig — habe neulich zu ihm gesagt: „Du hast ein Verbrechergesicht.“ (Sind Sie ein Verbrecher?) „Wenn mir's die Leute nicht selbst sagen, sagen sie's, wenn ich weg bin.“ (Halten Sie sich selbst dafür?) „Ich habe auch schon dran studiert. Etwas muß dran sein, sonst täten mich die Leute nicht so ansehen.“ „Wenn ich das gewußt hätte,“ sagt er plötzlich mit großer Leidenschaft „daß ich so etwas machen würde, hätte ich mich vorher erschossen; statt jetzt vor allen Leuten angeschaut zu werden, wie wenn ich der Allermindeste wär.“ Er geht nicht gerne in die Stadt. Er sieht immer vor sich nieder, wenn er durch die Straßen geht. Sobald er aufsieht, blickt alles auf ihn her. Die Kameraden beim Ersatztruppenteil, die ihn vom Feld her kennen, wissen, daß er ein Verbrecher ist; er kann sich dort nicht mehr sehen lassen. (Ich werde Ihnen eine Stelle verschaffen, wo Sie niemand kennt). „Das weiß man jetzt schon überall. Alle hier im Sanatorium wissen, was ich für ein Kerl bin und was ich gemacht habe; der M. hat es allen erzählt.“

Dies sind die Gedanken, die Hiltmann bisher unverrückt festhält. Er ist ein mittelgroßer Mann mit einem blühenden, vollen Gesicht, und von gedrungenem, muskelkräftigem Körperbau. Wenn er in Erregung kommt, zittert und stottert er noch leicht, doch nicht mehr so wie zu Anfang. Er arbeitet den ganzen Tag unverdrossen allein vor sich hin. Spricht man ihn an, so ist er jetzt dem Arzt gegenüber vollkommen zutraulich und offen. Seine große Gutmütigkeit und anständige Gesinnung wurde auch von allen früheren Ärzten betont. Seine Gemütslage ist noch recht gedrückt, er blickt finster vor sich hin und ist öfters den Tränen nahe. Erinnert man ihn scherzhaft ans Abendessen, so ist er

Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

für ein paar Augenblicke ganz kindlicher, ungezwungener Heiterkeit; er lacht über sein ganzes, biederes Gesicht, das gleich nachher sich wieder unter nervöser Spannung verfinstert. Neben seinen Selbstmordgedanken korrespondiert er doch fleißig mit seiner Braut und hat genaue Zukunftspläne, die er, wenn es gelingt, ihn darauf zu bringen, mit lebhaftem Interesse erzählt. Sein Gesichtskreis ist eng, sein Denken unscharf, sein Gedankenschatz einförmig, dies alles aber nicht in einem Grad, daß man ihn schwachsinnig nennen möchte.

Am 23. VII. 1918 wurde Hiltmann als wesentlich gebessert nach Hause entlassen. Die depressiv-gespannte Stimmung war im wesentlichen verschwunden, ebenso waren es die hysterischen Motilitätsstörungen. Die Wahnvorstellungen waren zwar nicht eigentlich korrigiert, hatten aber ihren Affektwert verloren und wurden nicht mehr geäußert.

Hiltmann hat im 16. Lebensjahr ein sehr schweres Hirntrauma durchgemacht, das dauernde Wesensveränderungen, speziell im Sinne einer explosiven Temperamentsverschiebung bei ihm hervorbrachte. Vorher war er, von Geburt aus, psychisch ziemlich gesund angelegt gewesen; außer einer mäßigen Belastung lag nichts Bedenkliches vor, er war ein normales, unauffälliges Kind. In der sehr einfachen, unentwickelten Persönlichkeit des Mannes treten uns vor und nach dem Trauma Züge einfacher Reizbarkeit (diese auch in der Familie), andererseits ein weiches, gutherziges, sehr solides und gewissenhaftes Wesen entgegen. Während nun jene schwach angedeutete primitive Linie des Charakters durch das Hirntrauma erst recht herausgeholt und zu einem hohen Grad gemütlicher Explosivität gesteigert wird, sehen wir den von Hause aus beherrschenden sensitiven Persönlichkeitskern tätig, um die durch die Gehirnerschütterung geschaffene Situation nach Möglichkeit zu verbessern.

Die hirntraumatische Explosivität trug beständig die Möglichkeit zu gefährlichen unsozialen Handlungen in sich; solche Handlungen widerstreben aber ganz besonders der sensitiven Charaktergrundlage des Mannes. Er paralysiert deshalb den Hang zu Affektausbrüchen dadurch, daß er sich in die Einsamkeit zurückzieht. Er wird menschenscheu aus Reizbarkeit. Menschenscheu enthält an sich schon den Keim des Mißtrauens. Was diese Seite bei ihm besonders zur Entwicklung bringt, das ist die Selbstwahrnahme der traumatischen Gehirnveränderung. Er fühlt, daß er ein anderer geworden ist und er verarbeitet dieses Gefühl wiederum in typisch sensitiver Richtung weiter zu dem Gefühl der eigenen Minderwertigkeit gegenüber den andern Leuten und der befangenen Unsicherheit ihnen gegenüber; die Meinung, einen auffallenden Blick zu haben, ist uns von den Sensitivpsychosen ganz geläufig. Aus dem Sensitivaffekt entwickelte sich schon früher episodisch bei dem Pat. ein leichter Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn; bezeichnenderweise gerade in den Perioden seiner hirntraumatischen Verstimmungszustände.

Wir sehen also die hirntraumatischen und die charaktero-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logischen Kausalfäden sich beständig aufs engste durcheinanderweben zu dem Bilde eines Sonderlings, dessen Kontraste zwischen schwerer Zornmütigkeit und hindämmerndem menschenfernem Stumpfsinn, zwischen zutraulicher Gutherzigkeit und scheuem Mißtrauen, zwischen gereizter Verstimmung und schüchternen Beziehungsideen sich abschatten. Das Hirntrauma ist für diese Persönlichkeitsentwicklung in einem doppelten Sinne bedeutsam: einmal direkt biologisch durch die explosive Temperamentsverschiebung und dysphorische Verstimmung, die es hervorbringt, sodann aber mittelbar, indem diese traumatischen Veränderungen, subjektiv wahrgenommen, zum Erlebnis werden, das nun, psychogen verarbeitet, sensitive Affektrichtung und Beziehungsideen ankristallisiert.

In dieser Entwicklung sind eigentlich schon alle Voraussetzungen für die spätere akute Psychose während des Krieges vorgezeichnet. Daß auch bei dieser das Hirntrauma noch ätiologisch wirksam ist, ergibt sich daraus, daß zwar die epileptischen Anfälle im Lauf der Jahre verschwunden sind, daß aber deren Äquivalente, die vasomotorisch bedingten Schwindel-Kopfschmerzattacken, außerdem auch Dysphorie und explosive Diathese in leichterem Grade sich bis heute erhalten haben. Die Erlebnisverarbeitung bei dem Rinderdiebstahl, der die jetzige akute Erkrankung auslöste, ist eine primitiv-sensitiv gemischte, indem das Erlebnis einerseits äußere Furcht vor Strafe, andererseits das Gefühl eigener Verschuldung und moralischer Minderwertigkeit erzeugt. Aus dieser doppelten Wurzel entspringen die beiden Seiten des krankhaften Symptombildes, aus der primitiven Wurzel die Flucht in die Krankheit in Form eines hysterischen Dämmerzustandes mit Schütteltremor und Sprachstörung, aus der sensitiven die mißtrauische, ängstlich-depressive Verstimmung und der Beziehungs- und Verfolgungswahn, dessen Kernpunkt die Idee darstellt, von jedermann als Verbrecher durchschaut zu werden Hierauf brauchen wir an dieser Stelle nicht mehr näher einzugehen.

Der hirntraumatische Kausalfaden geht uns auch in dieser akuten Krankheitsepisode nicht verloren, wenn auch die Wechselwirkung zwischen Charakter und Erlebnis hier den Vordergrund beherrscht. Einmal war die Widerstandslosigkeit für bestimmte Affektreize, wie sie bei Hiltmann erst durch das Hirntrauma entstanden ist, natürlich auch bei dem jüngsten psychischen Trauma von entscheidender Bedeutung; die halb wider Willen und ganz gegen die angeborene Gesinnung erfolgte Mitverwicklung in eine kriminelle Tat mußte für einen anständigen, aber wenig intelligenten Menschen eine Situation darstellen, in der er bald nicht mehr aus und ein wußte. Wiederum ist es bei Hiltmann, ebenso wie bei Wendt von besonderem Interesse, daß für große Gruppen von Affektreizen, hier z. B. für die schweren Erschütterungen

Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

des Frontdienstes, gute Resistenz vorhanden ist, während erst auf ein Erlebnis hin, das charakterologisch empfindliche Seiten der Persönlichkeit berührt, plötzlich die hirntraumatische Affektlabilität überraschend zum Vorschein kommt. Diese Verminderung der affektiven Resistenz und gerade derjenigen in sensitiver Richtung, hat also der Hirntraumatiker Hiltmann mit Wendt als Ursache der Wahnbildung gemeinsam.

Hinzu kommt bei ihm aber noch die Vorbereitung der mißtrauisch-ängstlichen, wahnhaften Einstellung durch eine jahrelange, hirntraumatisch mitbedingte abnorme Persönlichkeitsentwicklung, wie wir sie oben schilderten und in der die Keime zu dem jetzigen akuten Beeinträchtigungswahn schon fertig vorgebildet lagen. Auch in dem jetzigen Symptombild selbst kam die hirntraumatische Linie in der starken motorischen, vasomotorischen und affektiven Überreiztheit und in dem Durchklingen gespannter Verstimmung zum Vorschein. Auch der lang anhaltende, mit explosiven Zügen durchsetzte Dämmerzustand ist zwar psychogen ausgelöst, aber doch biologisch zweifellos auf der traumatisch erworbenen epileptoiden Gehirnkonstitution mitbasiert.

Die große zeitliche Reichweite des Hirntraumas ist bei Hiltmann besonders bemerkenswert. Sieben Jahre nach der Verletzung noch wird die frühere organische Hirnschädigung für eine psychogene Erlebnisreaktion und die daraus entspringende Wahnbildung mit entscheidend; und zwar, indem der hirntraumatische Faktor sich im Lauf der Jahre mit der charakterologischen Persönlichkeitsentwicklung richtunggebend verschmilzt und vermittels dieser cerebralorganisch erworbenen Verbiegung der Charakterlinie diese Persönlichkeit für den ganzen weiteren Lebenslauf erhöht wahnfähig macht, sobald ein adäquates Erlebnis hinzutritt.

Nachdem die Wirkungsweise des Hirntraumas nunmehr an zwei vorwiegend sensitiven Charaktertypen erläutert wurde, finde ich unter meinem Beobachtungsmaterial aus der expansiven Charaktergruppe nur einen kleinen, abortiven Fall, der hier sogleich kurz wiedergegeben werden soll.

Alfred Wertheimer, geb. 12. XI. 1891, Kaufmann. Er war als Kind nicht ganz leicht erziehbar, äußerst energisch, eigenwillig, ehrgeizig, dabei reizbar und zu Empfindlichkeit geneigt. In den ersten Schuljahren bekam er eine Zeitlang täglich Erbrechen aus Angst vor einem gefürchteten Lehrer. Dabei war er ein sehr begabter Schüler. Mit 13 Jahren zwang er seinen Vater, ihn vom Gymnasium seines Heimatorts wegzunehmen und in einer weit entfernten Stadt zur Schule zu geben, lediglich aus dem Grund, um eine Karzerstrafe nicht antreten zu müssen, die er nicht verdient zu haben glaubte. Ähnlich ist er später einmal als junger Mensch wegen geschäftlicher Meinungsverschiedenheiten aus dem väterlichen Geschäft abgereist und hat ein Jahr lang im Ausland eine eigene Stellung an-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genommen. Er litt von jeher an unruhigem Schlaf und sprach viel im Traum. Besonders empfindlich war er gegen Kränkungen wegen seiner jüdischen Rasse, gegen die er sich sofort scharf zur Wehr setzte. Mit $17^1/_2$ Jahren diente er als Einjähriger, war ein strammer, begeisterter Soldat und machte später auch Übungen, obgleich man ihm davon abriet, weil er wegen seiner Konfession nicht befördert würde; er wollte es aber gerade trotzdem durchsetzen.

Inzwischen brach der Krieg aus, er rückte sogleich als Vizefeldwebel ins Feld, war gegen Kriegseindrücke nicht empfindlich und hatte schon im Dezember 1914 das Eiserne Kreuz. Im Juni 1915 war der letzte von den 15 Vizefeldwebeln, die mit seinem Regiment ins Feld gerückt waren, zum Leutnant befördert worden. Von dem Augenblick an verfiel er in größte Gereiztheit, weil er hörte, daß er als Jude nicht befördert würde. Er war aufs äußerste verbittert und gekränkt, machte Eingabe auf Eingabe an Regiment und Brigade, natürlich stets erfolglos und verfeindete sich durch diesen Handel mit dem ganzen Regiment.

Am 28. XII. 1915 stürzte er 2 m tief rücklings in einen Graben, schlug mit dem Hinterkopf auf einen Stein und war 10 Mimuten bewußtlos; nachher ging er selbst zum Verbinden weg, war aber noch taumlig. Seit der Zeit verschlimmerten sich die nervösen Beschwerden, an denen er schon seit dem Beförderungsstreit litt; er hatte Kopfschmerzen, kleine Schwindelanfälle, war schlaflos und wurde so reizbar, daß er sich auch den Mannschaften gegenüber bei Kleinigkeiten nicht mehr beherrschen konnte. Vor allem aber steigerte sich sein Haß in der Beförderungssache maßlos, so daß ihn ein unüberwindlicher Widerwille gegen das ganze Regiment ergriff und er an einzelne Personen desselben, besonders Offiziere nicht mehr denken konnte, ohne in peinlichste Erregung zu verfallen. Er wurde vergeßlich, verdrießlich und menschenscheu und wurde am 10. 1. 1916 vom Arzt krank gesetzt. Vom 14.—29. II. war er in meiner Behandlung und besserte sich nach gründlicher Aussprache und Versetzung zu einem anderen Truppenteil rasch.

Dieser tüchtige und intelligente Mensch ist mit seinem schroffen, verletzbaren Ehrgefühl, seiner zähen Willenskraft und seinem unbeugsamen Starrsinn der Typus einer expansiven, kampfneurotischen Persönlichkeit. Seine Reaktion auf das in der Beförderungssache erlittene Unrecht ist eine Kampfneurose, die bis zur Bildung einer überwertigen Idee, aber nicht bis zur eigentlichen Wahnbildung fortschreitet. Während nun die beiden vorigen Fälle von Hause aus gesunde Persönlichkeiten darstellen, die erst durch das Hirntrauma neurotisch und auf Grund davon wahnfähig wurden, sehen wir hier den umgekehrten Fall, daß ein von Hause aus neurotischer Mann auf ein Erlebnis mit der seiner Konstitution entsprechenden gemütlichen Störung reagiert und daß erst in die im Gang befindliche Störung das Hirntrauma eingreift. Obgleich es sich hier nur um eine leichte Hirnerschütterung handelte, sehen wir doch, wie der vorher noch dienstfähige Mann nun mit einemmal die Herrschaft über die überwertige Idee vollends verliert und wie durch den groben, mechanischen Insult sich nicht nur die allgemein nervösen Kopfbeschwerden, sondern auch die in der Tiefe der Charaktergrundlage verankerte paranoische Einstellung ruckweise verschlimmern.

Der letzte nun folgende Fall bildet gegenüber den drei früheren eine Gruppe für sich. Es handelt sich um einen Hirntraumatiker, bei dem die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wahnbildung wesentlich das flüchtige Produkt einer Erlebniskonstellation, einer affektiven Situation des Augenblicks darstellt. Wenn die Veranlagung hier auch keineswegs nebensächlich erscheint, so werden doch nicht, wie bei den andern Fällen, Wahnkeime durch das Hirntrauma geradezu aus der Charaktergrundlage heraus entwickelt und streng in der Linie des Charakters weitergeführt, sondern die Wahnbildung des Traumatikers taucht hier auf und verschwindet mit der äußeren Situation, die ihre wesentliche Erzeugerin ist. Insofern könnte man jene als charakterogene, diese als konstellative Wahnbildung von traumatisch Hirnschwachen bezeichnen.

Anton Glück, geb. 29. IX. 1891, Bauer. Nach einer Verschüttung, über deren nähere Umstände nichts zu erfahren war, wurde Glück am 3. Juni 1916 in einem Feldlazarett aufgenommen. Es bestand tiefe Bewußtlosigkeit, Blutunterlaufung am rechten Augapfel und Augenlid, Druckpuls (52 Schläge), unwillkürlicher Abgang vom Stuhl und Urin. Nach 4 Tagen begann unvollständige Aufhellung des Bewußtseins. Am 29. Juni konnte er in eine Heilanstalt der Heimat verlegt werden. Aus der Bewußtlosigkeit hatte sich eine Geistesstörung entwickelt, die im Verlauf von 4 Monaten sich allmählich zurückbildete. Erst kam es zuweilen zu deliranter nächtlicher Unruhe, weiterhin bestand lange Teilnahmlosigkeit und Schwerbesinnlichkeit. Pat. war zeitlich vollkommen desorientiert, auch örtlich nicht ganz klar, während er über Personalien und frühere Vorgeschichte guten Bescheid gab. Er lächelte zufrieden, später drängte er zuweilen auf Entlassung. An den Unfall und den größten Teil der darauffolgenden Zeit erinnerte er sich nicht, behauptete vielmehr wochenlang hartnäckig, daß er zu Hause beim Holzholen mit seinem Vater verunglückt sei, was er mit allen Einzelheiten beschrieb.

In der Nervenstation H., wo er vom 26. X. 1916 bis 10. I. 1917 zur weiteren Erholung sich aufhielt, litt er an beständigen Kopfschmerzen, Konzentrationsunfähigkeit, Vergeßlichkeit, er war reizbar und bei Kleinigkeiten heftig verstimmt. Dann wurde er in Zivilberuf beurlaubt und am 28. X. 1917 erneut zum Landsturm eingezogen. Auf Gefangenenwache gab es keine Störung. Als er aber Mitte Dezember 1917 wieder zur Kompagnie zurückkam, entwickelte sich bei ihm eine schwere Abneigung gegen den Militärdienst, den er innerlich nicht mehr ertragen konnte. Es war müßiger Garnisondienst, man hatte so gut wie nichts zu tun. „Ich bin dabei immer so gespannt", erklärt er mir diesen Zustand; „man sitzt immer so da und wartet: jetzt kommt dann wieder einer mit einem Befehl. Man kann nicht so, wie man will." Unangenehme Vorgesetzte gab es nicht, auch keine Zusammenstöße.

Am 11. Januar 1918 bekam er 4 Wochen Heimaturlaub. Zu Hause gab es gleich eine Menge Arbeit, er half tüchtig und wollte nicht mehr an das Militär denken, während er früher mit Leib und Seele Soldat gewesen war. Aber schon nach den ersten Tagen arbeitete er nimmer recht. Er hatte oft einen stieren Blick. Er klagte, daß es ihm im Kopf surre, hielt die Hände vor die Augen und hatte das Gefühl, als ob ihm das Gehirn herausfallen wollte. Öfters habe er mehrere Tage nichts gesprochen. Wie dann gegen Ende des Urlaubs der Vater etwas vom Abreisen sagte, regte er sich fürchterlich auf. Er war ganz weg, sobald man etwas vom Einrücken sagte. Er konnte es nimmer glauben, daß er wieder in Garnison müsse. Es stellte sich heraus, daß er der felsenfesten Überzeugung war, daß er nimmer beim Militär sei; er sei entlassen; er könne nur durch Musterung wieder eingezogen werden. Als nun zuletzt der Vater inständig in ihn drang, er möge zur Garnison zurückkehren, kam es zu den heftigsten Auftritten. Er war erbittert

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß der Vater ihn forthaben wolle: „Ist es nicht genug, daß meine Brüder gefallen sind, jetzt soll ich auch noch erschossen werden!“ Er brach in schwere Erregung aus, tobte besinnungslos gegen seine Angehörigen, so daß sie alles beiseite schaffen mußten, um ein Unglück zu verhindern. Solche Zustände dauerten nur ein paar Minuten. Wenn dann seine Schwester zu ihm sagte: „Komm, wir gehen spazieren“, so beruhigte er sich allmählich; er hatte nachher keine Erinnerung daran. In den Zwischenzeiten „studierte“ er vor sich hin, war innerlich schwer gereizt, sprach nichts, saß grübelnd herum und dachte, er könnte seine Angehörigen jetzt alle „hinmachen“. Man brachte ihn mit List endlich in ein benachbartes Reservelazarett. Er war 3—4 Wochen dort, wollte nichts vom Militär wissen und sprach mit seinem Stubenkameraden nur über Landwirtschaft. Sonst war er geordnet. Dann schickte sein Ersatztruppenteil, um ihn abzuholen, einen Unteroffizier hin. Diesen erkannte er sogleich und ging gutwillig mit. Unterwegs auf der Eisenbahn wollte er an seiner Heimatstation aussteigen, was der Unteroffizier durch Ablenkung verhinderte. Sobald er beim Ersatztruppenteil sich befand, war es ihm wieder klar, daß er zum Militär gehörte; so ist es auch bis jetzt dauernd geblieben. Dem Truppenarzt, der ihn als sehr ordentlichen, anständigen Menschen bezeichnet, klagte er über heftige Kopfschmerzen und depressive Verstimmung. Er wurde deshalb kurz darauf, am 15. III. 1918 ins Festungshauptlazarett Ulm und von dort am 24. IV. 1918 in die Nervenstation Mergentheim zur Behandlung überwiesen.

Von körperlichen Symptomen fand sich konstant ein Vorbeizeigen der rechten Hand nach außen bei senkrechtem Zeigeversuch (bei beiderseits intaktem innerem Ohr) und ein starker Vasomotorismus des Gesichts, ferner eine ganz leichte Herabsetzung der Kraft im rechten Arm ohne Tonusveränderungen. Glück klagte über ständige Schmerzen im ganzen Kopf, die bei Hitze, Aufregung und Bücken sich steigerten. Er sei ängstlich und sehr erregbar, vor allem soweit es sich um militärische Dinge handle. Die Stimmung wechsle nach Wochen, sei zeitweise ordentlich, doch nie so heiter wie früher. Er werde nie mehr der Mensch werden, der er früher gewesen sei. Durch bestimmte Kleinigkeiten fühlt er sich innerlich geärgert, läßt aber nichts davon heraus, „studiert“ nur immer vor sich hin. Sonst ist er nicht gerade reizbar, wenn er sich aber einmal aufregt, verliert er die Besinnung; er könnte dann jedermann totschlagen, ohne etwas davon zu wissen. Es ist ihm bang, wenn er unter die Leute muß, am liebsten arbeitet er für sich allein.

Die objektive psychische Untersuchung ergibt keine groben Störungen an Intelligenz, Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen. Immerhin ist eine leichte Erschwerung bei größeren Kopfrechenaufgaben und beim Nachsprechen 6stelliger Zahlenreihen nachweisbar. Hysterische Züge fehlen, die Ausdrucksweise ist bestimmt und sachlich. Glück ist im Gespräch langsam und wortkarg, eher verdrossen, doch nicht unfreundlich, es fehlt die rechte Lebendigkeit, Mimik und Ausdrucksbewegungen sind sehr spärlich. Auch im Verkehr mit Kameraden ist der Pat. sehr ruhig, hat wenig Anschluß. Er ist ein fleißiger, williger Arbeiter, der durch sein bescheidenes, anständiges Wesen beliebt ist. Der Wunsch, nach Hause zu kommen, ist groß. Die Erinnerungsfälschungen der ersten Psychose sind korrigiert, ebenso die jüngsten Wahnbildungen. Für den Unfall und die ersten Wochen nachher besteht Amnesie, bei sonst unberührtem Gedächtnis.

Erhebungen über die Vorgeschichte des Mannes ergaben, daß er aus vollkommen gesunder Familie stammt. Vater und Mutter sind gute, mehr ernsthafte und stille Leute. Er selbst war vor dem Krieg in jeder Beziehung gesund und unauffällig, gut begabt, fleißig und willig. Er hatte etwas Stillvergnügtes, sprach von sich aus wenig, machte aber gern mit, wenn andere anfingen, war als witzig und gesellig bekannt und bei Festlichkeiten gerne dabei.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Glück wurde am 25. VI. 1918 arbeitsfähig und frei von Wahnvorstellungen nach Hause entlassen. Die Symptome der Hirnschwäche bestanden noch unverändert.

Glück hat im Juni 1916 eine schwere Hirnverletzung, wahrscheinlich mit Schädelbruch und anschließend eine Kommotionspsychose von etwa 4monatiger Dauer durchgemacht; cerebralorganische Symptome sind jetzt noch in der Störung des Zeigeversuchs, der spurweisen Parese des rechten Armes und dem intensiven Schädelvasomotorismus nachweisbar. Der psychische Restzustand ist der einer ernstlichen traumatischen Hirnschwäche. Nur handelt es sich hier nicht bloß, wie in den früheren Fällen, um einfache affektive Überreizbarkeit in bestimmten, charakterologisch präformierten Bahnen, sondern wir finden hier bei ernsthafter Affektlage auch die Kehrseite des hirntraumatischen Zustandsbilds, den „Mangel an Antrieb", die Schädigung der Ausdruckssphäre in dem Versiegen von Rede und Bewegung ausgeprägt; Glück ist nach der Gehirnverletzung wortkarg, in sich gekehrt, einsam geworden, was bei ihm schon charakterologisch andeutungsweise präformiert war. Jedenfalls vertritt er gut den in der Einleitung behandelten Typus des Hirntraumatikers mit kontrastierender Temperamentsverschiebung, wo hinter dem Bilde einer oberflächlichen Indolenz ein hoher Grad affektiver Überreizbarkeit schlummert. Er spricht dies selbst aus, wenn er sagt, daß er für gewöhnlich nicht gerade reizbar sei, wie auch die ärztliche Beobachtung zeigt, daß er im alltäglichen Verlauf eher stumpf und unberührt seines Weges geht; wenn aber einmal ein Reiz die Isolierung durchschlägt, so wird er gleich so wütend, daß er die Besinnung verliert. Die Störung der Ausdruckssphäre kommt bei ihm hauptsächlich darin zum Vorschein, daß er bestimmte ärgerliche Kleinigkeiten (denn auch die Indolenz ist wie die cerebrale Reizbarkeit nicht generell sondern elektiv) lange Zeit in sich hinein verarbeiten muß, ohne daß man ihm äußerlich etwas davon anmerkt; der „Mangel an Antrieb" wirkt also hier als Mangel an affektiver Entladungsfähigkeit.

Zu den Reizen, für die Glück elektiv überempfindlich geworden ist, gehört auch der Garnisondienst. Es ist dies nicht verwunderlich, weil ihn erfahrungsgemäß alte Soldaten, wenn sie nervös geworden sind, besonders schlecht ertragen. Seine mit dem Gefühl der Zwecklosigkeit und Unselbständigkeit verbundene beständig unfreundliche Pedanterie wirkt chronisch aufreizend auf das Selbstgefühl und Behagen der Leute und führt bei mehr primitiv veranlagten Hirntraumatikern mit einer gewissen Sicherheit zu immer neuen explosiven Widersetzlichkeiten, durch die sie ihre dienstliche Verwendung bald unmöglich zu machen pflegen. Feineren und anständigen, in sich gekehrten Naturen wie Glück

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist dieser gerade Ausweg versagt. So sehr das Mißbehagen des Garnisondienstes sein empfindliches Gehirn allmählich bis zum Unerträglichen irritiert, vermag er die angesammelte Erregung doch nicht in explosiven Handlungen zu entladen; vielmehr ist er „immer so gespannt", wie er selbst sagt, daß er nur noch dasitzt, um auf den nächsten Ärger zu warten. Es wird also vermöge der beiden Komponenten der hirntraumatischen Temperamentsverschiebung einerseits aus Überreizbarkeit zu viel Affekt aufgenommen, andererseits aus Mangel an Antrieb zu wenig entladen, wobei die cerebralorganische Störung sich mit bestimmten Charaktereigenschaften kumuliert. Wir haben also den typischen Tatbestand einer Affektverhaltung vor uns, der, wie ich früher ausführte, einen der spezifischen Nährböden für die psychogene Wahnbildung darstellt.

Äußerlich ist zunächst gar nichts weiter zu bemerken. Glück verarbeitet die chronischen Unlustreize der Garnison still in sich verschlossen weiter bis zu einer überwertig tiefen Abneigung gegen den Militärdienst. Mit dieser überwertigen Idee reist Glück im Januar 1918 in den Heimaturlaub und der Punkt, an dem sie endlich zum vollen, krankhaften Durchbruch nach außen kommt, ist nun psychologisch ganz bezeichnend. Es ist die Zeitspanne, wo der Urlaub zu Ende geht und wo sich auch beim normalen Menschen die Abneigung gegen unerfreuliche Arbeitsverhältnisse nach der vorübergehenden gemütlichen Entlastung doppelt stark zu melden pflegt. Dieser Augenblick läßt bei unserem Pat. aus dem überwertigen Haß gegen den Militärdienst die zugehörige Wunschvorstellung in der Form des katathymen Wahns, nicht mehr Soldat zu sein, subjektiv realisiert hervorspringen. Durch den Mechanismus der Psychose ist der von Abneigung genährte Wunsch reflektorisch in seine Erfüllung umgeschlagen.

Von hier aus führt der psychogen entwickelte Wahn seine Zwecke wieder mit Benutzung cerebralorganischer Mechanismen weiter. Sobald nämlich der Patient gezwungen wird, seinen nunmehr fixierten Standpunkt, nicht mehr Soldat zu sein und keinesfalls zur Garnison zurückzukehren, gegen das Drängen der Familie zu verteidigen, findet er auch schon seine Waffe in den epileptoiden Reaktionen, die sein geschädigtes Gehirn, nunmehr auf dem affektiven Siedepunkt angelangt, von sich gibt. Die mit Bewußtseinstrübung verbundenen, rücksichtslos gefährlichen, hochexplosiven Affektausbrüche, die jetzt erfolgen, sind, an der anständigen, gutmütigen Persönlichkeit des Mannes gemessen, nur cerebralorganisch verständlich, wie man denn überhaupt solchen Fällen gegenüber mit der bequemen Diagnose: Hysterischer Dämmerzustand recht zurückhaltend sein sollte.

Wie oft kann man es z. B. bei epileptoiden Dégénérés beobachten, daß sie einen Anfall zunächst hysterisch beginnen, d. h., daß sie sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganz zweckvoll und mit sichtbarer Willensanstrengung in einen bestimmten Affekt hineinarbeiten; hat er aber so einen bestimmten Temperaturgrad erreicht, so sehen wir auf einmal die leichte in eine schwere Bewußtseinstrübung hinübergleiten und den künstlich forcierten, gespielten Zorn hochexplosiv und unlenksam werden, kurz das hysterische sich in ein solches Zustandsbild verwandeln, das von entsprechenden Äußerungen der Epilepsie nicht mehr zu unterscheiden ist. Der psychogene Mechanismus wird zum Hebel, der schwerer wiegende organische Syndrome aus der Tiefe eines geschädigten Gehirnzustandes heraufholt. In entsprechender Weise haben wir uns auch die Glücksche Psychose mit ihrem regen Ineinanderarbeiten von psychogenem Wahn und explosiver Diathese klarzumachen. Der pedantische Grenzstrich aber, der in unserer heutigen Diagnostik noch an allen Punkten das Psychogene vom Organischen scharf zu trennen sich bestrebt, zerstört unerbittlich das Verständnis gerade derjenigen Zusammenhänge, die der Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind.

Auch die Glücksche Psychose zeigt, wie die übrigen Fälle, gute Heilungstendenz. Hier tritt die Korrektur des Wahns, entsprechend der flüchtig konstellativen Art der Störung, spontan und vollständig ein, während bei der tiefer verankerten charakterogenen Gruppe erst die ärztliche Psychotherapie die Heilung richtig in Gang brachte, die alsdann in der schon von Friedmann bei den leichteren reaktiv-paranoiden Zuständen beschriebenen unvollständigen Art erfolgte, wobei der Affekt verblaßt, während der formale Inhalt des Wahns nicht ganz korrigiert, wenn auch praktisch belanglos, noch fortbesteht. Bei Glück ist die Störung etwa in vier Wochen abgelaufen, während sie sich bei Wendt und Hiltmann durch viele Monate hinzog.

Das, was wir an unsern Fällen an Ergebnissen gewonnen haben, ist für die Methodik unserer klinischen Psychiatrie vielleicht nicht ganz ohne Gewicht. Wir haben aus drei kausalen Faktoren geistige Störungen entstehen sehen: aus einem charakterologischen, einem hirntraumatischen und einem Erlebnisfaktor, von denen jeder in seinem Teil für das Zustandekommen der Psychose unerläßlich war; wir könnten also diese Krankheiten ebensowohl als organisch, wie als psychogen bezeichnen. Wir sahen, wie die drei Faktoren nicht nur irgendwann einmal die Krankheitsentstehung beförderten, sondern wie sie sich ätiologisch verschlangen, ja wie sie auch im Symptombild selbst, lebendig durcheinanderwirkend immer wieder jeder einzelne sich durchzeichneten.

Wir haben damit eine andere Methode der klinischen Darstellung angewandt, als sie bisher meist herrschend war. Wir sind heute noch gewohnt, bei der Betrachtung eines Krankheitsbildes möglichst auf eine klare, abgegrenzte, einheitliche Diagnose loszustreben. Wir er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichen dies, indem wir einzelne dominierende Züge im klinischen Bild als wesentlich herausheben, aus diesen die Bezeichnung für das Ganze schöpfen, während wir nun von allem, was übrigbleibt, abstrahieren, es retuschieren und abdunkeln, als scheinbar und unwesentlich es aus unserem Blickfeld hinausschieben. Der Wert dieser Methode für den praktischen Gebrauch soll nicht unterschätzt werden; wir erreichen dadurch faßliche, darstellbare Krankheitseinheiten, wir erreichen die scharfen Grenzen, die wir haben wollen; aber wir erreichen sie durch die ätiologische und symptomatische Verstümmelung der lebendigen Bilder; was wir an Systematik gewinnen, das verlieren wir an Verständnis. — Demgegenüber haben wir hier den umgekehrten Weg gewählt, indem wir gerade möglichst unparteiisch alle auffindbaren Kausalfäden, jeden selbständig und gleichberechtigt nebeneinander aufzeigten, die Erscheinung nicht abstrahiert, sondern plastisch rundum beleuchteten und so ein Bild gewannen, das nun allerdings nicht mehr mit einem einzigen Ausdruck diagnostisch abgestempelt werden kann.

Wir fragen uns: wenn wir eine psychische Störung vor uns haben, die offenbar psychogen, als Erlebnisreaktion entstanden ist, was hindert uns, den charakterologischen Amboceptor aufzusuchen, der dem Erlebnis sein Eindringen gestattete, und wenn wir diesen entdeckt haben, weshalb sollen wir dann nicht gleich auf das biologische Substrat, die somatische Gehirnbeschaffenheit losgehen, die die tragende Grundlage für jene psychologischen Wechselwirkungen darstellt? Oder umgekehrt: weshalb soll bei den psychologischen Reaktionen eines endogen Gehirnkranken das psychische Erlebnis „nur auslösend", eine quantité négligeable sein? Was zwingt uns denn, ein psychisches Krankheitsbild immer nur an einer einzigen Skala zu messen; können wir es nicht zugleich in seiner biologischen und in seiner psychologischen Relation verstehen und bezeichnen?

Man wird mir zugeben, daß es ein leichtes gewesen wäre, die vorliegenden Krankheitsbilder so zu frisieren, daß sie als cerebralorganische Erregungszustände mit beiläufigen psychogenen Zutaten und Auslösungsmomenten, oder umgekehrt als psychogene Erlebnisreaktionen sich dargestellt hätten bei Menschen, die zufällig nebenbei von früheren Kopftraumen her noch etwas nervös waren. So gut wir aber hier von psychogener Wahnbildung auf der Grundlage der traumatischen Hirnschwäche sprechen — wobei wir das Psychologische und das Biologische gleichberechtigt nebeneinanderstellen — so gut werden wir auch einmal unbefangen sprechen dürfen von einer hysterischen Reaktion auf dem Boden schizophrener Gehirnveränderung oder von einem Querulantenwahn auf dem Boden der Hypomanie. Weshalb muß denn der Queru-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lantenwahn gleich „pseudo" sein, wenn wir etwas Zirkuläres dahinter entdecken oder weshalb muß die Diagnose Hysterie gestrichen werden, wenn im weiteren Verlauf einer gut legitimierten Erlebnisreaktion schizophrene Züge auftauchen?

Unser Endziel wäre ja doch dies: nicht nur in einzelnen Fällen, sondern bei jeder Psychose zu der psychologischen Reaktion die Gehirngrundlage aufzufinden und bei jeder organischen Geistesstörung auch die psychologische Herkunft ihrer Vorstellungselemente zu analysieren. Was dem Hirntraumatiker recht ist, muß dem Schizophrenen billig sein. So gut wir noch nach vielen Jahren in den psychogenen Erlebnisreaktionen Eigentümlichkeiten der hirntraumatischen Affektivität als symptomgestaltendes Moment mit am Werke finden, so gut werden wir erwarten müssen, daß in der Hysterie, dem Querulantenwahn, der Zwangsneurose, wenn sie ein — vielleicht latent — zirkuläres oder schizophrenes Gehirn hervorbringt, Züge dieses zugrundeliegenden endogenen Gehirnzustandes sich abspiegeln.

Dies allerdings werden wir für Prognose und Behandlung immer zu unterscheiden suchen, welcher der beiden Faktoren im augenblicklichen Symptombild das mehr aktive, welcher das mehr ruhende Element ist, ob ein selbst feststehender abnormer Gehirnzustand nur Vorbedingung und Symptomgestaltung für das psychogene Leitmotiv der Störung abgibt, oder ob der biologische Hintergrund selbst sich dabei prozeßhaft verändert, wobei nicht zu vergessen ist, daß auch im Verlauf der Störung beide Komponenten sich gegenseitig aktivieren können, wie wir es beim Hirntraumatiker zum Teil gesehen haben. Wie diese Dinge sich nun bei andern als den hirntraumatischen Störungen im einzelnen verhalten mögen, das zu ergründen werden wir ganz der Erfahrung, der klinischen Einzelforschung überlassen. Schon jetzt aber werden wir als Programm für diese Forschung aufstellen können, allmählich immer mehr von der abstrahierenden zur plastischen, von der eindimensionalen zur mehrdimensionalen Diagnostik überzugehen.

Literaturverzeichnis.

Berger, Trauma und Psychose, Berlin 1915.

Berliner, Zur Begutachtung paranoischer Geistesstörungen nach Unfällen. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. **5**. 1910.

Bertschinger, Über Aufmerksamkeitsstörungen bei Kommotionspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **43**. 1918.

Busch, Über die geistige Arbeitsleistung Hirnverletzter und ihre Beeinflussung durch körperliche Anstrengungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **40**. 1918.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kretschmer, Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918.

Mendel, Über Querulantenwahnsinn und Neurasthenia querulatoria bei Unfallverletzten. Neurol. Centralbl. 1909.

Schröder, Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Stuttgart 1915.

Sterz, Über psychogene Erkrankungen und Querulantenwahn nach Trauma. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. **7**. 1910.

Referate über die 2. Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Würzburg 1918, s. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Ref. **16**. 1918.

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Beobachtungen an Rechts- und Linkshänderschrift von anscheinend weittragender Bedeutung.

Von

Dr. phil. et med. **Richard Arwed Pfeifer,**

ordinierender Arzt der Sonderabteilung für Hirnverletzte beim Res.-Laz. II, 3. Abt. in Leipzig.

Mit 7 Textabbildungen.

(Eingegangen am 21. November 1918.)

Bei der Neueinrichtung der hiesigen Sonderabteilung für Hirnverletzte befand sich unter den Kranken eine Anzahl Zugänge, die rechts gelähmt waren und bereits im Linksschreiben Unterricht erhalten hatten. Keiner der darunter befindlichen Kaufleute verfügte über eine Schreibflüchtigkeit, mit der er die Bureauarbeit in Konkurrenz mit Gesunden hätte wiederaufnehmen können. Sie waren aus dem Linkshänderschreibkursus übereinstimmend etwa mit der Bemerkung entlassen worden: „Wir können nicht mehr tun, als Ihnen die Schriftform beibringen, Sie müssen sich jetzt selbst fleißig üben, um Ihre Schrift zu verbessern." Erwägt man nun, daß dem guten Arbeitswillen bei Hirnverletzten nicht selten ein hoher Grad von Leistungsschwäche entgegensteht, so leuchtet ein, daß hier eine Schwierigkeit für die wirtschaftliche Wiederunterbringung von Kriegsbeschädigten entstehen muß. Ärztlicherseits bestand daher ein großes Interesse, die psychomotorischen Funktionen des Schreibaktes erneut zu untersuchen.

In den Apraxiestudien[1]) von Liepmann steht die zutreffende Bemerkung, daß jeder Mensch imstande sei, mit der linken Hand Spiegelschrift zu schreiben. Aus der Überzeugung der Richtigkeit dieser Bemerkung und auf Grund der an Aphasischen gemachten Beobachtungen entstand der kühne Plan, die natürliche Befähigung der linken Hand für Spiegelschrift auszunützen. Beim normalen Menschen ist diese Fähigkeit nicht immer leicht zu demonstrieren. Niemand kann für die Qualität des herzustellenden Spiegelschriftbildes im voraus garantieren, weil uns optische Erinnerungsbilder dafür fehlen. Man schreibe nur einmal eine Anzahl Wörter in Spiegelschrift, und man wird erstaunt sein über die noch nie gesehenen urkomischen und vertrackten Schriftzüge. Aber über einen ideatorischen (kinästhetischen) Entwurf dazu verfügt jeder, und wer es probiert, wird finden, daß es mit der

[1]) Monatsschrift für Psychiatrie, 8, 108ff.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

linken Hand besser geht als mit der rechten. Sehr störend wirkt dabei die Gewohnheit, Geschriebenes durch Lesen zu kontrollieren. Dadurch wird das Spiegelschriftschreiben zu einem langsamen synthesierenden Zusammenfügen des Wortes aus einzelnen Buchstaben auf Kosten des einheitlichen Schwunges der Schrift. Woher diese Fertigkeit der linken Hand kommt, war bisher ein Rätsel und über den kausalen Zusammenhang nirgends etwas zu finden.

Um der Erscheinung auf den Grund zu gehen, schien es erforderlich, das Experiment einmal in voller Reinheit an erwachsenen Analphabeten zu studieren. Es mußte möglich sein, ihnen Schriftzüge mit der einen Hand beizubringen und bei der Wiederholung durch die andere Hand zu sehen, wie die Reproduktion nunmehr ganz unabhängig von der Schwerleserlichkeit des Spiegelbildes und dem buchstabierenden Zusammensetzen des Wortes aus seinen Teilen erfolgt. Dazu bot sich sehr bald die Gelegenheit. Wegen Platzmangels auf anderen Abteilungen wohnte auf der Station ein Leichtverwundeter, der ambulant die Ohrenstation besuchte. Er war Seiltänzer von Beruf und hatte, mit dem Zirkus des Vaters umherwandernd, nie eine Schule besucht. Dabei erwies ihn die Intelligenzprüfung als einen ganz geweckten Menschen.

Ein Volksschullehrer wurde beauftragt, den Analphabeten an der Hand einer Fibel nach der Methode der Normalwörter zu unterrichten. Der Analphabet lernte innerhalb einer Woche bei mehrstündigem Unterricht die acht folgenden Hauptwörter lesen und schreiben: Hut, Esel, Rose, Rabe, Eule, Ofen, Hose, Rosa. Bei der experimentellen Prüfung kamen die in Abb. 1 wiedergegebenen Schriftproben zustande.

Der Mann erhielt den Auftrag, eine Zeile von einem der gelernten Wörter, nämlich dem Worte Ofen, zu schreiben und entledigte sich dieser Aufgabe ganz glatt in normaler rechtshändiger Abductionsschrift. Er wurde nunmehr aufgefordert, den Federhalter einmal in die linke Hand zu nehmen und noch eine Zeile von diesem Worte zu schreiben. Er kam der Aufforderung nach, indem er flugs mit der Feder an das rechte Ende der Zeile ging und ganz glatt und mit derselben Geschwindigkeit in linkshändiger Abductionsschrift Spiegelbilder von dem Worte Ofen reproduzierte. Darauf aufmerksam gemacht, daß das doch ganz verkehrt sei, stutzte er und wollte den Fehler nicht recht begreifen. Erst bei der Aufforderung, das Geschriebene der zweiten Zeile einmal vorzulesen, bemerkte er die Unstimmigkeit, griff zum Federhalter, setzte nunmehr am linken Ende der Zeile an und schrieb sehr viel langsamer, sich mühsam quälend, in zittriger, von ausfahrenden Bewegungen begleiteter, linkshändiger Adductionsschrift die dritte Zeile. Der Versuch fiel eindeutig auch für die übrigen Hauptwörter aus.

Mit anderen Worten: Ein Mann, der weder lesen noch schreiben kann, erhält rechtshändigen Schreibunterricht und

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

reproduziert mit der linken Hand sofort das Spiegelbild der ihm rechtshändig beigebrachten Schrift. Die linke Hand verrät dabei nichts, was man an ihr sonst linkisch und täppisch nennt. Die Bewegungen sind leicht, rasch, zielsicher und in ihrer Gesamtheit gut koordiniert. Dabei ist dem Mann der Begriff des Spiegelschriftbildes völlig fremd. Bei der linkshändigen normalen Adductionsschrift tritt die Unbeholfenheit der linken Hand evident zutage. Die Schrift ist langsam, zielunsicher und von ausfahrenden Bewegungen begleitet.

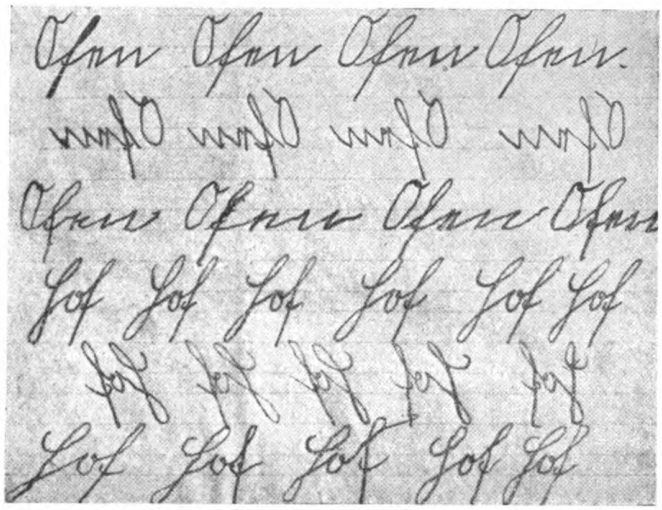


Abb. 1. Die ersten Schreibversuche eines erwachsenen Analphabeten. Zeile 1 und 4 normale Rechtshänderschrift (rechtshändige Abductionsschrift). Zeile 2 und 5 Reproduktion der rechtshändig erlernten Wortbilder in linkshändiger Spiegelschrift (linkshändige Abductionsschrift). Zeile 3 und 6 dieselben Wortbilder mit der linken Hand geschrieben (linkshändige Adductionsschrift). Die letzte Zeile zeigt im 2. und 3. Wort Hof etwas ganz Charakteristisches. Infolge einer typischen Entgleisung der linken Hand hat der Buchstabe f eine zur Schriftlage nahezu symmetrisch entgegengesetzte Stellung angenommen.

Bemerkenswert ist noch, daß der Pat. im Unterricht vom Lehrer als ein guter Schüler angesprochen wurde. Er faßte nicht nur die Formen rasch auf, sondern hatte auch das, was man im Schreibunterricht eine „leichte Hand" nennt. Die Feder wurde sehr locker gehalten und flüchtig über das Papier geführt, eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Zustandekommen einer guten Handschrift[1]).

Das rechtshändige Schreiben wurde nunmehr eingestellt und der Pat. darüber belehrt, daß der Fortschritt vielleicht ein besserer sei,

[1]) Krampfhaftes Festhalten des Werkzeuges gilt in allen Berufen als ein Zeichen hoher Ungeschicklichkeit. Selbst der schwere Schmiedehammer „spielt" in der Hand des Meisters.

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

wenn man gleichzeitig auch mit der linken Hand schreiben lerne. Um das zu erreichen, durfte er in der nächsten Zeit die rechte Hand unter keinen Umständen mehr zum Schreiben benutzen. Es zeigte sich sofort, daß das Linksschreiben sehr erschwert war. Keinesfalls bestand eine Erleichterung für die Darstellung der Buchstaben, die bereits mit der rechten Hand erlernt worden waren. Im Gegenteil hatte man den Eindruck, daß sie viel mehr Mühe machten als Schriftzüge, die für den

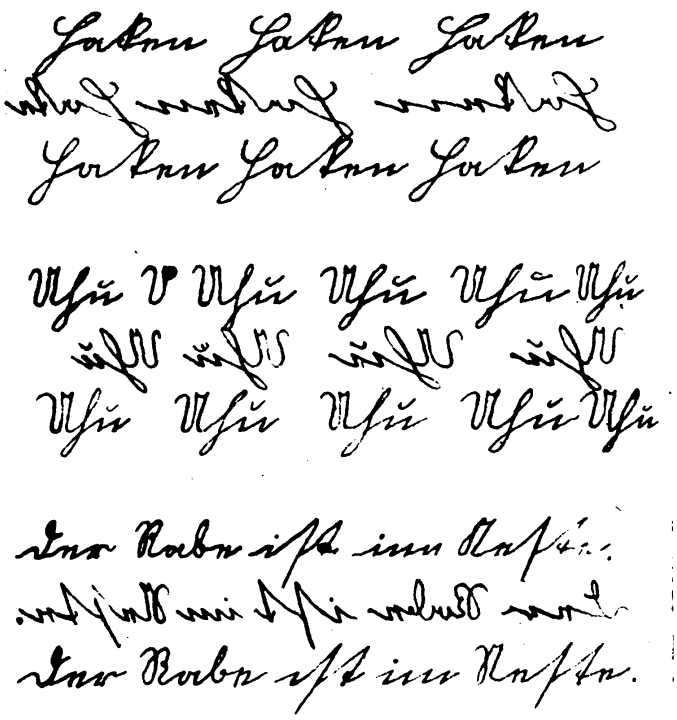


Abb. 2. Reproduktion linkshändig erworbener Schriftbilder durch die rechte Hand. Zeile 1, 4 u. 7 linkshändige Adductionsschrift. Zeile 2, 5 u. 8 rechtshändige Adductionsspiegelschrift. Zeile 3, 6 u. 9 rechtshändige Abductionsschrift.

Analphabeten ganz neu waren und zum erstenmal geübt wurden. Ganz allgemein stellte sich der Mann ungeschickt an, hielt trotz fortgesetzter Belehrung den Halter ziemlich fest und verriet in der Schrift deutlich die „schwere Hand". Die experimentelle Prüfung nach 8 Tagen führte zu den in Abb. 2 wiedergegebenen Schriftproben.

Die Zeilen 1, 4 u. 7 wurden in normaler linkshändiger Adductionsschrift geschrieben, die Zeilen 2, 5 u. 8 anstandslos und in gleichem Tempo von rechts nach links in rechtshändiger Adductionsspiegelschrift und die Zeilen 3, 6 u. 9 in wesentlich langsamerem Tempo in normaler Abduc-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tionsschrift. Mehr war von vornherein von dem Experimente nicht zu erwarten; denn man muß berücksichtigen, daß der Analphabet vorher bereits Schriftzüge mit der rechten Hand geübt und inzwischen auch wesentliche Fortschritte im Lesen gemacht hatte.

Mit anderen Worten: Mit der linken Hand erworbene Schriftbilder können mit der rechten Hand geläufig spiegelbildlich reproduziert werden. Dagegen erscheint das Schreiben der in Linkshänderschrift erworbenen Wortbilder in landläufiger Rechtshänderschrift merklich verlangsamt.

Ganz überraschend war aber nun die Tatsache, daß nach Wiederaufnahme des rechtshändigen Schreibunterrichts der gute Schüler in einen schlechten verwandelt erschien. Der Pat. faßte jetzt auch mit der rechten Hand den Halter krampfhaft fest, und es fiel ihm sichtlich schwer, die einheitliche Schriftlage der Buchstaben festzuhalten und Haar- und Grundstrich zu unterscheiden. Der Lehrer faßte sein Urteil in die Worte zusammen: „Der Mann hat sich mit dem Linkshänderunterricht die ganze Schrift verdorben." Mit der Charakterveranlagung des Mannes, daß er unter dem Reiz der Neuheit einen guten Anlauf genommen und später abgefallen sei, hatte die Erscheinung sicher nichts zu tun, denn im Laufe des Unterrichts wurde die Störung behoben, und der Mann hat heute wieder seine leichte, schreibflüchtige Hand. Diese plötzlich auftretende und allmählich wieder abklingende Störung war ganz auffällig.

Mit anderen Worten: Während bei Übung der einen Hand ein latentes Mitüben der anderen Hand für symmetrisch entgegengesetzte und daher spiegelbildlich verkehrte Bewegungen erfolgt, wird dadurch gleichzeitig eine Hemmung in dem Sinne gesetzt, daß nunmehr gleichsinnig gerichtete Bewegungen erschwert vonstatten gehen.

Nachdem diese fundamentale Gesetzmäßigkeit — das Verhängnis aller Ambidexterschulen — einmal aufgedeckt worden war, hielt es nicht schwer, ihre Gültigkeit an zahlreichen weiteren Beobachtungen zu erweisen.

Auf der Station fanden sich mehrere Rechtsgelähmte, die linkshändige Steilschrift erlernt hatten, allmählich aber zu einer sehr stark nach links geneigten Schriftlage (sog. Sturzschrift) übergegangen waren. Diese Schriftlage scheint eine Erleichterung des Linksschreibens darzustellen, da man sie bei Autodidakten, die noch keinen Linksschreibkursus genommen haben, immer wieder vorfindet. Es stand prinzipiell nichts mehr im Wege, diese auffallende Schriftlage aus der symmetrisch entgegengesetzten, durch Rechtshänderschrift erworbenen zu erklären und in diesem Falle noch eine gewisse indirekte Abhängigkeit von rechts-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

händiger Schreibgepflogenheit zu erblicken. Die Richtigkeit dieser Annahme konnte sehr bald auch experimentell erwiesen werden.

Ein rechtsgelähmter Kaufmann mit linkshändiger Sturzschrift, der sich früher geweigert hatte, nochmals an einem Kursus zur Schriftverbesserung teilzunehmen, weil ihm seine Schrift ganz gut gefiel, nahm einen Schnellschreibkursus mit lediglich aus dem Grunde, weil er viel zu langsam, etwa viermal langsamer als ein schreibgewandter Rechtshänder, schrieb. Es war verabredet worden, die alte nach links über-

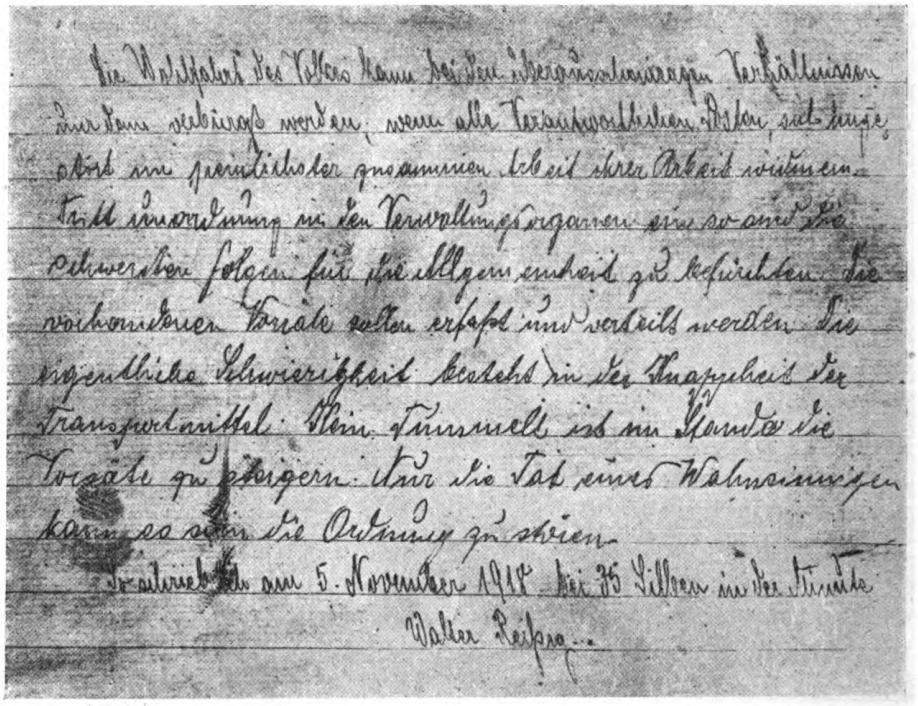


Abb. 3. Von der Schnelligkeit des Schreibtempos abhängiger Lagewechsel der Linkshänderschrift bei einem rechtsgelähmten Hirnverletzten. Der Kranke beginnt langsam schreibend und schreibt zunehmend schneller. Konsequent geht dabei die links übergeneigte Sturzschrift in Steilschrift und weiterhin in nach rechts geneigte Schrägschrift über.

geneigte Schriftlage beizubehalten. Wider Erwarten erwies sich das aber als unmöglich. Mit zunehmender Geschwindigkeit im Schreiben richtete sich die Schrift spontan auf. Der Kaufmann hatte in der alten Sturzschrift 16 Silben in der Minute geschrieben. Bei 24 Silben in der Minute war es Steilschrift geworden, und bei 35 Silben in der Minute unterschied sich die Schriftlage in nichts mehr von der landläufigen Rechtshänderschrift. Das Phänomen war eine Zeitlang so eindringlich, daß man an der Niederschrift mehrerer Sätze schon alle 3 Schriftlagen provozieren konnte, wenn man dem Manne nur den Auftrag gab, in nach links geneigter Schrift nach Diktat zu schreiben und dabei zunehmend rascher

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diktierte. Die ersten Worte lagen dann nach links geneigt, die nächsten Worte standen steil und das Ende war in rechtsgeneigter Schrägschrift geschrieben. Die Schriftprobe in Abb. 3 ist so entstanden. Beweisend für die Spontaneität der Erscheinung war der Umstand, daß die Schrift bei langsamem Schreibtempo von selbst wieder in die Sturzschriftlage überging und umgekehrt jede Schnellschrift mit Sturzschrift einsetzte, um erst nach einer kurzen Zeit der Einarbeitung nach rechts umzuschlagen. Ganz charakteristisch ist deshalb die letzte Zeile der Probeschrift in nach links geneigter Schrift wiedergegeben, eben weil hier nicht mehr diktiert wurde und der Pat. sich Zeit nehmen konnte[1]). Die zunehmende Vervollkommnung der Schrift durch diesen Lagewechsel ist gar nicht zu verkennen, und offenbar war auch für den Kaufmann damit erst der letzte Rest störenden Einflusses durch die früher rechtshändig geübte Schrift beseitigt und die linke Hand nunmehr vollkommen frei und unabhängig geworden.

Mit anderen Worten: Die Steilschrift- und Sturzschriftlage stellt für das Erlernen der Linkshandschrift nur eine vorübergehende Erleichterung dar und ist für die ausgeschriebene Handschrift vollkommen belanglos.

Besonders leicht läßt sich weiterhin die linke Hand in ihrer Abhängigkeit von der rechten Hand bei beidhändigen Bewegungen studieren. Die Erfahrung, daß die linke Hand um so linkischer, je ausgeprägt rechtshändiger der Mensch ist, ist allgemein. Aber doch ist es kein Kunststück, mit beiden Händen gleichzeitig symmetrische Figuren so herzustellen, daß die rechte Hand die rechte Hälfte und die linke Hand die linke Hälfte zeichnet. Das bringt jeder. Viel schwerer ist es, mit beiden Händen gleichzeitig ein und dieselbe Figur zu zeichnen, so daß die Bewegungen parallel gerichtet sind. Die linke Hand steht dabei in ihrer Leistung hinter der rechten zurück. Sehr schön sieht man das, wenn man, in jeder Hand ein Stück Kreide, an einem gemeinsamen Punkte ansetzend, gleichzeitig in seitlich auseinandergehender Abductionsschrift einen Buchstaben schreibt, so daß also der mit der linken Hand geschriebene spiegelbildlich verkehrt erscheint, z. B. Abb. 4 oben. Das ist leicht auszuführen, und in dem Bilde ist nichts Ungeschicktes enthalten. Evident wird aber die Ungeschicklichkeit der linken Hand sofort, wenn man mit beiden Händen gleichzeitig in normaler Schriftlage zu schreiben versucht. Das Schriftbild der linken Hand fällt dann immer sehr viel schlechter aus, z. B. Abb. 4 unten. Tonleitern auf dem Klavier werden, wenn man mit beiden Daumen auf gemeinsamer Taste beginnt, in Gegen-

[1]) Die ganze Erscheinung trug natürlich nur transitorischen Charakter. Infolge der guten Mühegebung war die Schrift sehr bald so gebessert, daß sie sich ganz unabhängig vom Schreibtempo in nichts mehr von der normalen Rechtshänderschrift unterschied.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bewegung sehr viel leichter gespielt als bei Oktavenabständen in Parallelbewegung. Stellt man die beiden Zeigefinger wie bei dem bekannten Fingerfingerversuche gegenüber und versucht im raschen Wechsel die Finger zu nähern und wieder voneinander zu entfernen, so kommt man auch bei dem schnellsten Tempo nicht aus dem Takte. Das geschieht aber sofort, wenn man Abduction oder Supination der einen Hand mit entsprechender Adductions- oder Pronationsbewegung der anderen Hand in schnellem Wechsel zu kombinieren versucht. Die linke Hand bleibt zurück, offenbar in der Tendenz, sich in entgegengesetzt symmetrischer

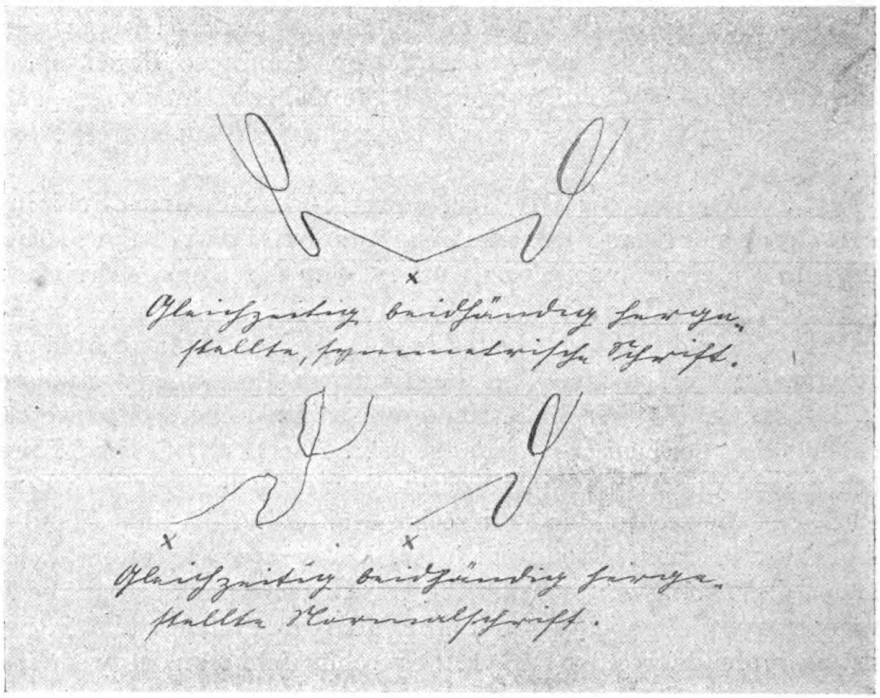


Abb. 4.

Bewegungsrichtung einzustellen. Solche beidhändigen Bewegungsversuche zeigen aber auch, daß bei weitem nicht alle Bewegungsformen an der Erleichterung bei Ausführung in entgegengesetzter Richtung teilnehmen. Ausgenommen sind z. B. Flexion und Retroflexion im Handgelenk, Beugen und Strecken der Finger usw., d. h., es handelt sich bei den bevorzugten Bewegungen im wesentlichen nur um die entgegengesetzte Richtung der seitlichen Symmetrie.

Mit anderen Worten: Auch im alltäglichen Leben werden beidhändige Bewegungen in symmetrisch entgegengesetzter Richtung infolge latenter und sich unbewußt gegenseitig unterstützender Mitübung sehr viel leichter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausgeführt als beidhändige gleichsinnig gerichtete Bewegungen, bei denen zwar auch ein latentes gegenseitiges Mitüben erfolgt, aber praktisch nicht nur nicht ausnutzbar ist, sondern sogar als Hemmung wirkt.

Es entstand nun die ebenso interessante wie schwierige hirnlokalisatorische Frage, von welcher Hemisphäre wohl die unzweifelhaft vorhandenen einseitigen Hemmungen bei Übung kontralateraler Bewegungen ausgehen könnten. Bei Rechtshändern doch wohl mit großer Wahrscheinlichkeit von der linken Hemisphäre. Gestützt wurde diese Annahme durch Beobachtung von Fällen ganz auserlesener linkshändiger Schreibgewandtheit einerseits und ungewöhnlicher linkshändiger Schreibschwerfälligkeit andererseits bei rechtsgelähmten Hirnverletzten. Im Linkshänderunterricht hatte sich nämlich herausgestellt, daß relativ leicht Hirnverletzte sich im Unterricht äußerst schwerfällig anstellten, während umgekehrt sehr schwer Rechtsgelähmte außergewöhnlich gute Fortschritte machten. Keinesfalls ging die Schwere der Rechtslähmung mit vermehrter Ungeschicklichkeit der linken Hand parallel. Eher das Gegenteil schien der Fall zu sein. Es sei ausdrücklich bemerkt, daß es sich dabei immer um ausgesprochene, frühere Rechtshänder handelte und Apraxie klinisch nicht zu erweisen war.

Fall 1. W., Kaufmann von Beruf. 10 cm langer, 3 cm breiter parallel zur Medianebene verlaufender, etwa 2 Finger breit von der Medianebene entfernter Rinnenschuß auf dem linken Scheitelbein, der nach vorn anscheinend bis an die Kronennaht heranreicht.

Schwere chirurgisch erwiesene Hirnverletzung.

Im Bereiche der Hirnnerven: Facialisschwäche rechts.

Im Bereiche der oberen Extremitäten: Rechter Arm bis zur völligen Unbrauchbarkeit gelähmt. Schultergelenk frei. Beugen im Ellbogengelenk etwas über den rechten Winkel. Strecken unvollkommen.

Supination aufgehoben.

Im Handgelenk Dorsalflexion angedeutet, sonst alle Bewegungen aufgehoben. Finger in spastischer Halbbeugecontractur, im Grundgelenk leicht gebeugt und ulnar abgebogen.

Differenz der Sehnen- und Periostreflexe zuungunsten der linken Seite.

Im Bereiche des Rumpfes: Die oberen und mittleren Bauchdeckenreflexe fehlen.

Im Bereiche der unteren Extremitäten: Rechtes Bein gelähmt, spastisch ataktischer Gang, Varusstellung des rechten Fußes. Heben, Einwärts- und Auswärtsdrehen des Beines erschwert. Beugen im Kniegelenk etwas über den rechten Winkel. Dorsalflexion des Fußes erschwert und verlangsamt. Bewegungen der großen Zehe erschwert und verlangsamt, Bewegungen der übrigen Zehen aufgehoben.

Babinski, Mendel-Bechterew und Rossolimo rechts positiv. Fußklonus rechts.

Differenz der Patellar- und Achillessehnenreflexe zuungunsten der linken Seite.

Sensibilitätsstörungen: Am Schulterabfall beginnende und distalwärts zunehmende Beeinträchtigung der Empfindung für Berührung, Schmerz und Temperatur, die aber nur am Kleinfingerballen und an den drei ulnaren Fingern zu vollständiger Aufhebung der Empfindung für alle drei Qualitäten führt. Transitive

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Tastbewegungen sind nur bei Daumen und Zeigefinger angedeutet. Stoff-, Ding- und Formerkennen mit der rechten Hand aufgehoben. Passive Bewegungen werden im Handgelenk und allen Fingergelenken nicht empfunden. Ortssinn der Haut und Tiefendrucksinn am ganzen rechten Arm schwer gestört. Der Rumpf ist frei. Am rechten Bein leichtere Sensibilitätsstörungen gleicher Art vom distalen Prädilektionstypus. Nur an der Innenseite des Fußes eine circumscripte Zone mit völliger Aufhebung der Empfindung für alle drei Qualitäten.

Die Prüfung auf Apraxie war negativ.

Eigenbericht des Patienten: „In den ersten Tagen nach der Verwundung war ich bewußtlos. Später hat mich die Schwester gefüttert. Mit dem Gebrauch der linken Hand habe ich keine Not gehabt. Erst ging die Sache natürlich etwas schwerfällig, aber es richtete sich sehr rasch ein. Ich kann mich z. B. nicht ent-

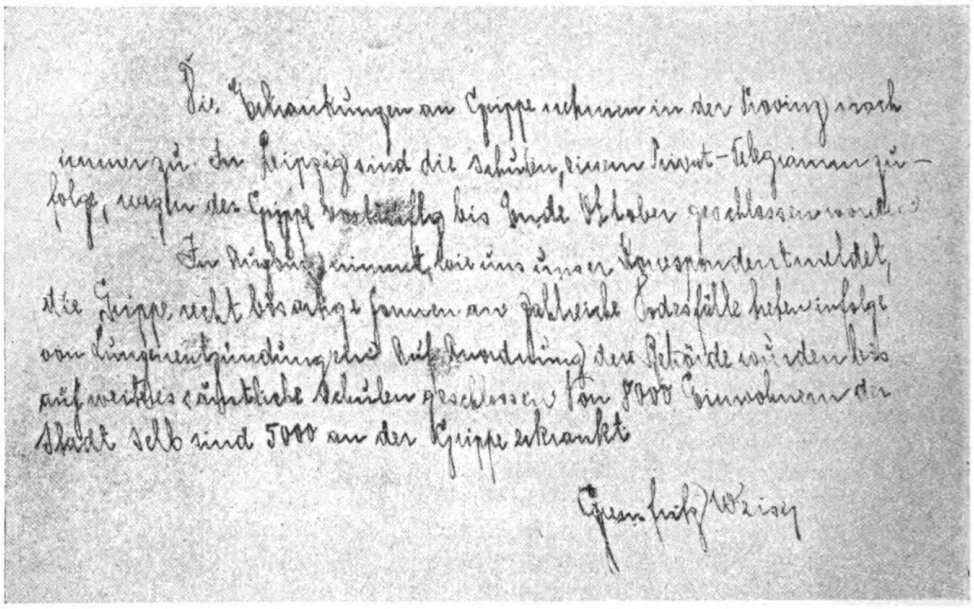


Abb. 5. Nach links geneigte Sturzschrift eines Autodidakten (rechtsgelähmter Hirnverletzter).

sinnen, einmal Essen verschüttet oder die Serviette beschmutzt zu haben. Sobald ich mich im Bett aufrichten konnte, habe ich das Schreiben von selbst gelernt. Ich habe dabei herausgefunden, daß es leichter geht, wenn man die Schrift etwas nach links überkippt. Ich war ausgesprochener Rechtshänder, mache aber mit der linken Hand jetzt alles wieder so wie mit der rechten."

Patient schreibt nach links übergeneigte Sturzschrift, etwa 20 Silben in der Minute. Die Schrift ist leserlich, gleichmäßig ausgeschrieben und könnte beibehalten werden, wenn das Schreiben schneller vonstatten ginge. Vgl. die Schriftprobe Abb. 5.

Fall 2. R., Kaufmann von Beruf. $6 \times 1^1/_2$ cm große Trepanationsöffnung in der Mitte des linken Scheitelbeines. Schwere Hirnverletzung chirurgisch erwiesen.

Im Bereiche der Hirnnerven: Facialisschwäche links. Zungenspitze weicht nach links ab.

Sensibilität: Im Gebiete des dritten Trigeminusastes rechts schwächer als links.

Im Bereiche der oberen Extremitäten: Rechte Hand bis zur Gebrauchsunfähigkeit gelähmt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Heben des Armes nach vorn und seitlich nicht ganz bis zur Vertikalen.

Beugen im Ellbogengelenk etwas über den rechten Winkel.

Supination erschwert und verlangsamt.

Im Handgelenk Ulnar- und Radialflexion aufgehoben.

Flexion und Retroflexion einzeln möglich, aber sehr langsam, im Wechsel aufgehoben.

Die gespreizten Finger können nur durch Beugen zur Faust geschlossen werden.

Alle Fingerbewegungen sehr verlangsamt.

Differenz der Sehnen- und Periostreflexe zuungunsten der linken Seite.

Im Bereiche der unteren Extremitäten: Störung der Muskeldynamik im rechten Bein.

Heben des Beines in größeren Exkursionen behindert.

Dorsalflexion des Fußes und Zehenbewegungen adiadochokinetisch verlangsamt.

Knie-Hackenberührung rechts ataktisch ausfahrend.

Motorische Kraft rechts herabgesetzt gegenüber links.

Der Gang ist mit dem rechten Beine stapfend.

Die Reflexe sind in Ordnung.

Sensibilitätsstörungen: In einer Linie, die durch die Achselhöhle verläuft, auf der Brust die Mittellinie berührt und auf dem Rücken über die Mitte des Schulterblattes hinzieht, beginnende, distalwärts zunehmende Sensibilitätsstörungen für Schmerz, Berührung und Temperatur. Ulnare Seite des Unterarms und der Hand stärker betroffen als die radiale. Passive Bewegungen im Ellenbogen- und Handgelenk, sowie in allen Fingergelenken werden nicht empfunden. Schwere Störung des Ortssinnes der Haut und des Tiefendrucksinnes. Totale Tastblindheit der rechten Hand. Der Rumpf ist mit Ausnahme des an den rechten Arm grenzenden Bezirkes frei. Am rechten Bein, handbreit oberhalb des Knies beginnend distalwärts zunehmend Thermhypästhesie, Hypästhesie und Hypalgesie. Nirgends vollkommene Aufhebung der Empfindung für die drei genannten Qualitäten.

Prüfung auf Apraxie negativ.

Eigenbericht des Patienten: „Ich war viele Tage bewußtlos und mußte in der ersten Zeit gefüttert werden. Ich bin immer Rechtshänder gewesen. Eine besondere Ungeschicklichkeit meiner linken Hand ist nach der Verwundung nicht zutage getreten. Ich war mehr ungeübt als ungeschickt. Ich habe gleich richtig essen können und nie etwas verschüttet. Sobald ich mich aufrichten konnte, habe ich von selbst mit dem Schreiben begonnen. Das ist mir nicht schwer geworden. Über die Schriftlage hat mich niemand belehrt. Die hat sich im Laufe der Zeit von selbst nach links übergeneigt."

Pat. schreibt ausgeprägte, nach links übergeneigte Sturzschrift, 18 Silben in der Minute. Von ihm stammt die Schriftprobe in Abb. 3. Er fällt mit der Geschicklichkeit seiner linken Hand aus dem Rahmen des Gewöhnlichen sichtlich heraus.

Fall 3. W., Versicherungsbeamter von Beruf. In der Mitte des linken Scheitelbeines in der Gegend der Zentralfurche markstückgroße Trepanationsöffnung. Die Dura wurde bei der Operation unverletzt vorgefunden.

Im Bereiche der Hirnnerven: Lähmung des mittleren und unteren Facialisastes rechts.

Der mittlere Trigeminusast ist links empfindlicher als rechts. Im Bereiche der oberen Extremitäten: Schlaffe Lähmung der rechten Hand (Knethand)[1]) mit völliger Gebrauchsunfähigkeit.

[1]) Der Pat. hat die ursprünglich in spastischer Beugecontractur stehende Hand im Übermaß fortgesetzt massiert, um die Finger geradezustellen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bewegungen im Handgelenk aktiv teilweise eingeschränkt und verlangsamt. Flexion etwas ausgiebiger als Retroflexion.

Radial- und Ulnarflexion aufgehoben.

Finger stehen in leichter spastischer Beugecontractur, die sich bei passiven Bewegungen vermehrt. Faustbildung unvollkommen, 4. Finger bleibt wenig, 5. mehr zurück.

Rohe Kraft stark herabgesetzt. Pat. läßt alle Gegenstände aus der Hand fallen.

Tricepsreflex rechts = links.

Differenz der Periostreflexe links gegenüber rechts.

Finger-Nasenberührung rechts ataktisch ausfahrend.

Im Bereiche des Rumpfes: Zunehmende Sensibilitätsstörung von der Mittellinie aus lateralwärts.

Die unteren Extremitäten sind vollkommen frei.

Am rechten Arme, in der Mitte des Unterarmes beginnend, distalwärts zunehmende Sensibilitätsstörung vom ulnaren Typus.

Keine Tastlähmung.

Die Prüfung auf Apraxie ist negativ.

Im Anschluß an die Verwundung hat kurze Zeit motorische Aphasie bestanden, gegenwärtig: Bradylalie.

Sprachklang dumpf, nasal verfärbt. In der Erregung Dysarthrie.

Reihensprechen verlangsamt. Beim Benennen durch Tasten ist das Stofferkennen gestört, und zwar für beide Hände (Pat. verwechselt Glas, Holz, Metall). Ding- und Formerkennen erhalten.

Eigenbericht des Patienten: „Ich bin nicht bewußtlos gewesen. Sie machen sich gar keine Vorstellung, wie hilflos ich mit der linken Hand war, ich konnte die linke Hand gar nicht gebrauchen. Wenn ich essen wollte, schüttete ich alles daneben, und auf der Serviette lag mehr, als ich in den Mund bekam. Mit Schreiben habe ich erst begonnen 6 Monate nach der Verwundung, als ich längst auf war. Ich dachte immer, die rechte Hand sollte sich noch bessern. Ich habe an einem Linksschreibkursus teilgenommen. Das Schreiben fiel mir sehr schwer. Der Fortschritt war sehr langsam. Ich konnte die Schrift trotz meines guten Willens nicht verbessern. Mein Lehrer sagte: „Die Buchstaben habe ich Ihnen beigebracht, mehr kann ich nicht tun." Während ich früher als Versicherungsbeamter eine ausgeschriebene Handschrift hatte, ist meine linke Hand jetzt schwer und schreibt dick und klecksig. Ich hätte nicht gedacht, daß die linke Hand so ungeschickt sein könnte. Das ist aber erst durch die Verwundung so geworden. Es wäre mir sonst aufgefallen. Mein Zustand hat mich oft der Verzweiflung nahegebracht, weil ich in meinem Berufe auf eine flüchtige Handschrift angewiesen bin."

Pat. schreibt mit schwerer Hand etwa 12 Silben in der Minute. Vgl. Schriftprobe Abb. 6.

Die vorstehenden an Hirnverletzten erhobenen Befunde zeigen, daß es einzelne Fälle gibt, in denen bei Verletzung der linken Hirnhemisphäre nicht nur keine Apraxie auftritt, sondern sogar eine Erleichterung des Handelns mit der linken Hand in dem Sinne, daß Hemmungen, die mit großer Wahrscheinlichkeit bei Gesunden von der linken Hemisphäre ausgehen, nunmehr wegfallen. Wahrscheinlich gemacht wurde das besonders an den linkshändigen Schreibbewegungen einzelner Rechtsgelähmter, die um so ungehemmter ausgeführt wurden, je mehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine förmliche Ausrottung der in Betracht kommenden Hemmungsbezirke der linken Hemisphäre angenommen werden konnte. Dagegen erschienen die hemmenden Widerstände eher verstärkt in Fällen, wo nur eine partielle Zerstörung bzw. pathologische Veränderung jener Bezirke in Betracht kam. Keineswegs im Gegensatz dazu stehen die Beobachtungen an Rechtsamputierten, bei denen die für die linke Hand

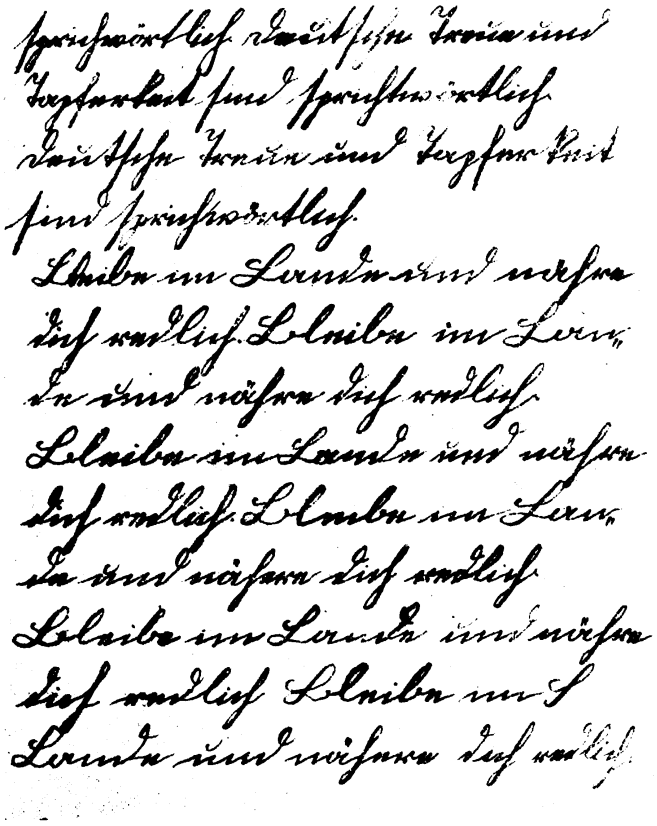


Abb. 6. Mit schwerer Hand ohne jede Schreibflüchtigkeit geschriebene Schriftprobe eines sehr lange Zeit unterrichteten rechtsgelähmten Hirnverletzten.

bestehenden Erschwerungen in der Ausführung ganz bestimmter Bewegungen natürlich vorhanden sind.

Freilich darf man dabei eins nicht vergessen. Der Rechtsamputierte ist unter Umständen ein Gesunder, dem die Überwindung von Bewegungswiderständen Freude macht. Der Hirnverletzte ist ein Schwerkranker mit intensiven Schwankungen seines körperlichen Befindens und seiner psychischen Leistungen. Dieser Unterschied wird für die Schnelligkeit, mit der der Betreffende wieder schreiben lernt, evtl. ausschlaggebend

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein. Abb. 7 gibt z. B. die Linkshandschriftprobe eines rechtsgelähmten Hirnverletzten wieder an einem Tage, wo er sich wohl fühlt und an einem Tage, wo er sich elend und schlecht fühlt. Die Schrift erscheint hier als eine tatsächliche, graphische Selbstregistrierung der periodisch auftretenden epileptoiden Zustände.

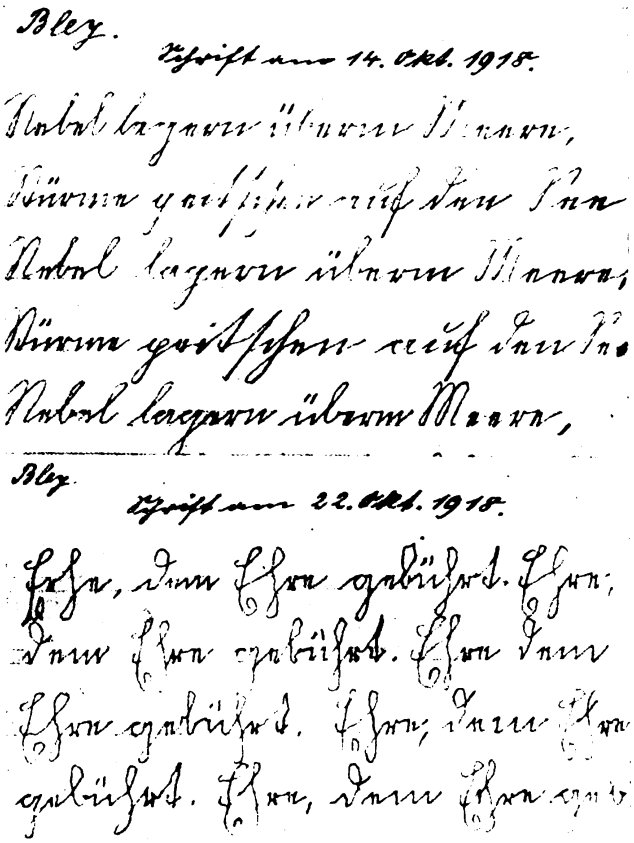


Abb. 7. Linkshandschriftproben von einem schwer Hirnverletzten an einem Tage, wo er sich wohl fühlt und an einem Tage, wo er sich elend und schlecht fühlt.

Es ist begreiflich, daß nach Kenntnis der vorstehenden Tatsachen auf die Ausnützung der Fähigkeit der linken Hand bei Rechtshändern, mühelos Spiegelschrift schreiben zu können, beim Erlernen der Linkshänderschrift verzichtet werden mußte. Aber es wurden gleichzeitig Gesichtspunkte von prinzipieller Bedeutung gewonnen und Gesetzmäßigkeiten aufgedeckt, deren Kenntnis den Gegenstand von einer nicht minder praktischen Seite zeigte[1]). Zusammenfassend kann gesagt werden:

[1]) Die für den Linksschreibunterricht in der Sonderabteilung für Hirnverletzte entwickelte Methode darzustellen würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen.

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Die Rechtshändigkeit besagt, daß die rechte Hand manches kann, was die linke nicht kann. Liepmann kam auf Grund seiner Apraxiestudien[1]) zu dem Ergebnis, daß auch das, was die linke Hand kann, zum großen Teil nicht ihr (resp. der rechten Hemisphäre) Besitz, sondern ein von der rechten Hand (resp. linken Hemisphäre) Entlehntes ist.

Dieser Satz bedarf einer Korrektur!

Die Rechtshändigkeit besagt nämlich auch, daß die linke Hand manches verkehrt macht, was die rechte Hand richtig macht. Unsere Ergebnisse zeigen, daß das, was die linke Hand nicht kann, zum großen Teil nicht ihr (resp. der rechten Hemisphäre) Unvermögen ist, sondern aus Hemmungen resultiert, die durch Übung der rechten Hand (resp. linken Hemisphäre) gesetzt werden.

Das uralte Problem der Links- und Rechtshändigkeit erscheint damit wieder in einem neuen Lichte.

---

[1]) „Die linke Hemisphäre und das Handeln", Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung in Meran, am 26. 9. 1905.

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Die symptomatische Neurasthenie.

Von

Karl Landauer,

Oberarzt d. R. und Bat.-Arzt im Feld[1]).

Mit 5 Textabbildungen.

(Eingegangen am 6. Dezember 1918.)

I.

Täglich gehen der Nervenabteilung unseres Kriegslazaretts von Truppenärzten und Feldlazaretten Mannschaften mit der Krankheitsbezeichnung „Neurasthenie" zu. Genaue Zahlen können nicht gegeben werden, da ein großer Teil mit mehreren Diagnosen, z. B. „Darmkatarrh und Neurasthenie" versehen ist. Unter denjenigen Kranken jedoch, die nur unter „Neurasthenie" liefen, fanden sich allein im Monat August 1918 5 typhöse Erkrankungen (teils Para a, teils Para b), 3 Tuberkulosen der Spitzen, darunter eine offene und eine des Kehlkopfes, 1 Nierenentzündung, 1 Arteriosklerose und 6 Erschöpfungen nach Grippe.

Man wird sich nun die Frage vorlegen: wie ist es möglich, daß so zahlreiche Fehldiagnosen — denn um solche handelt es sich doch in ursächlicher Beziehung — zustande kommen? Und damit im engsten Zusammenhange: ist es nicht wenigstens in symptomatischer Beziehung richtig, auch in diesen Fällen von „Neurasthenie" zu reden?

Zunächst die Typhen:

Die Leute kommen zum Truppenarzt und zu uns mit ganz allgemeinen Beschwerden: Kopfweh (meist in der Nackengegend), Mattigkeit, Schwindel beim Aufstehen und bei raschen Bewegungen, schlechter Schlaf (hier meist im Sinne des unruhig Schlafens und schwerer Träume), mangelnde Eßlust. Alle Glieder tun weh. Die Leute fühlten sich seit einiger Zeit reizbar. Die geringste Kleinigkeit rege sie auf.

Eine besondere Ursache wüßten sie nicht. Sie hätten zwar in letzter Zeit viel mitgemacht, seien auch starkem Feuer ausgesetzt gewesen, aber nicht verwundet noch verschüttet worden. Überhaupt könnten sie keinen bestimmten Beginn ihrer Erkrankung angeben. Sie sei all-

[1]) Diese Arbeit ist aus meiner Nebenbeschäftigung an einem nahen Kriegslazarett (Chefarzt Oberstabsarzt Weber) entstanden. Quellenstudium war aus äußeren Gründen nicht möglich, deshalb unterbleiben alle Zitate.

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

mählich innerhalb der letzten 2 bis 3 Wochen entstanden. Und nun ginge es immer mehr rückwärts mit ihnen.

Dabei hätten sie keine bestimmten Klagen. Sie hätten keinen Husten. Der Stuhl sei in Ordnung (Leute mit Darmerscheinungen kommen fast stets unter einer diese betreffenden Krankheitsbezeichnung).

Die erste Untersuchung ergibt stets nur etwas müdes, manchmal auch blasses Aussehen bei gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Keine Roseolen. Zunge höchstens am Grunde etwas belegt. Brustorgane o. B. Leib weich oder im ganzen wenig gespannt. Ab und zu Gurren in der Ilio-Cöcalgegend. Stuhl manchmal angehalten. Milz eben fühlbar bis deutlicher Tumor. Als Beispiel des Fieberverlaufes lasse ich einige Tafeln folgen (ich bringe stets nur die ersten Tage nach der Aufnahme):

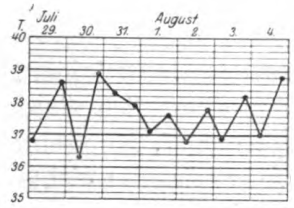


Abb. 1. Gefreiter Sch., 26 Jahre alt. Bakteriologisch Para b. Deutlicher Milztumor.

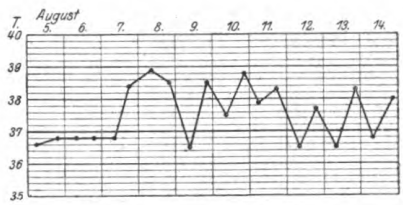


Abb. 2. Infant. P., 21 Jahre alt. Para b. Resistenzgefühl in der Milzgegend.

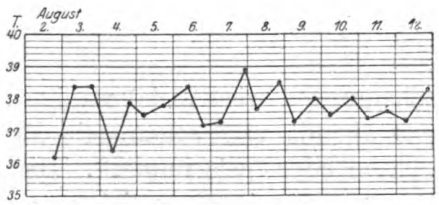


Abb. 3. Unteroffiz. H., 38 Jahre alt. Para a. Milztumor.

Es ist ohne weiteres klar, daß der Truppenarzt, der meist die Mannschaften nur morgens sieht, in diesen Fällen und namentlich, da die Leute nicht über abendliches Fieber klagen, das sich auch nicht durch Schüttelfrost oder Frösteln, sondern nur durch Kopfweh bemerkbar macht, eine derartige Kurve nicht vermuten kann. Der Stuhl ist — wie gesagt — beim Eintritt ins Lazarett entweder leicht angehalten oder braun und geformt und wird erst — durchaus nicht immer: Fall I hat die 4 Wochen seines hiesigen Aufenthaltes stets normale Entleerung — oft nach Tagen gelb, dickbreiig bis flüssig.

Der einzige Anhaltspunkt für den Truppenarzt wäre somit der Milztumor, denn auch die Feststellung der Leukopenie ist ihm ja aus äußeren Gründen unmöglich. Infolge des oft angehaltenen Stuhles ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Leib nun häufig gespannt, die Palpation also unsicher, oft unmöglich, die Perkussion häufig infolge des auf dem Truppenverbandplatz herrschenden Lärmes und der mangelnden Lagerungsmöglichkeit ausgeschlossen.

Offenkundig dagegen sind: die Steigerung der Reflexe (Kniescheibenreflex oft Mitte des Schienbeines auslösbar, Andeutung des Kniescheibenklonus); fibrilläres Muskelflimmern, grob- und mittelschlägiges Zittern unregelmäßiger Schwingungsart der ausgestreckten Hände; Übererregbarkeit der Muskulatur und Haut (Dermographie) auf mechanischen Reiz; Schweißrieseln aus den Achselhöhlen. Auffällig ist vor allem die Müdigkeit und Unlust des Mannes, seine bei sonst dienstfreudigen Leuten merkwürdig sich mehrenden Krankmeldungen bei den kleinsten Anlässen. Hysterische oder schreckneurotische Symptome fehlen meist oder treten in den Hintergrund: also Neurasthenie, reizbare Nervenschwäche.

Ähnlich verhält es sich mit den Tuberkulösen. Auch hier handelt es sich um Krankmeldungen auf Grund ganz allmählich einsetzender Allgemeinbeschwerden: Mattigkeit, unruhiger Schlaf, Kopfschmerz im Sinne des allgemein benommenen Kopfes; Lustlosigkeit: nichts mache mehr Freude; alles sei ihnen gleichgültig; das Essen schmecke nicht mehr; sie hätten schon tagelang „gar nichts mehr hinunterbringen können". Sie brauchten Ruhe. Die beginnende Abmagerung fällt meist den Kranken nicht auf: früher seien sie ja stärker gewesen, aber jetzt hätten sie „wochenlang" nichts mehr gegessen und gar nicht geschlafen.

Über lokale Erscheinungen wird meist wenig geklagt. Der Husten sei gering, höchstens abends und schon seit Monaten unverändert. Auswurf habe Pat. kaum oder „wie immer". Die Heiserkeit bestände „schon seit $^3/_4$ Jahren" und sei „eigentlich nur morgens vorhanden, unter Tags viel besser". Ab und zu, wie z. B. bei dem Manne mit Kehlkopftuberkulose, könnte man fast von Dissimulation reden, so groß ist hier die Geringschätzung der Lokalerscheinungen. Dieses an die Euphorie mancher fortgeschrittener Tuberkulosen erinnernde Verhalten steht oft in ganz erstaunlichem Gegensatz zur Schwere und Häufigkeit der Allgemeinklagen.

Auch der Lokalbefund ist in den Fällen, die unter der Diagnose „Neurasthenie" zu uns kommen, meist ganz gering: etwas kurzer Klopfschall über einer Spitze, meist der rechten, also unsicher wegen der Muskelungleichheit; verlängertes Ausatemgeräusch, das rechts hinten oben nicht pathognomonisch ist; auf einer Spitze so geringes Knacken, daß es auf einem Truppenverbandplatz bei der dort herrschenden Unruhe kaum hörbar ist. Meist gibt erst das Röntgenbild sicheren Aufschluß.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch die Fiebermessung des Truppenverbandplatzes versagt meist, wie uns Kurve 4 zeigt.

Meist führt erst zweistündliche Messung zum Ziele, oft auch der Arbeitsversuch (einhalbstündiges Holzhacken mit nachheriger halbstündlicher Messung, siehe Beilage 5!) Auswurf ist oft erst nach Inhalieren erhältlich.

Dagegen liegt die Diagnose „Neurasthenie" auf der Hand: blasses, müdes Aussehen bei mäßigem Ernährungszustand; lebhafte Reflexe, Dermographie und Achselschweiß, Muskelflimmern, grob- und mittelschlägiges unregelmäßiges Zittern der ausgestreckten Hände; die häufig objektiv nachweisbaren Schlafstörungen.

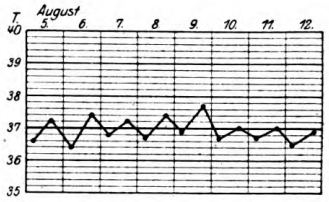
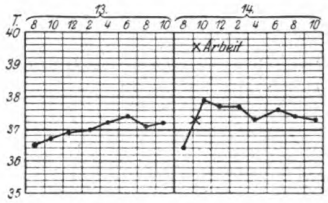


Abb. 4. Gefreiter D., 28 Jahre alt. Schallverkürzung rechte Ober- und Unterschlüsselbeingrube und hinten bis 3. B.-W. Verlängertes und verschärftes Ausatmen in diesem Bereich, sowie Knacken. Auf der übrigen Lunge vereinzeltes mittelblasiges Rasseln. Röntgen: rechte Spitze deutliche Trübung und derbe Stränge. Im Auswurf Tbc. positiv.



[Abb. 5.

Bei der Nierenerkrankung handelte es sich um einen 38jährigen Mann, der Ende Juni 1918 (Lazarettaufnahme Mitte August) eine Grippe durchgemacht hatte und deshalb acht Tage in Behandlung gewesen war. Seit dieser Zeit fühlt er sich nicht mehr auf der Höhe, hatte häufig Kopfschmerzen, ab und zu leichte Schwindelanfälle, litt unter allgemeiner Mattigkeit und großem Schlafbedürfnis.. Lokalisierte Beschwerden hatte er nicht.

Befund: Blasse, etwas gelblichweiße Gesichtsfarbe, guter Ernährungszustand. Die Unterschenkel fühlen sich etwas teigig an, Fingereindrücke bleiben jedoch nicht stehen. Innere Organe, namentlich Herz o. B. Puls nicht gespannt. Blutdruck 205 mm Wasser. Urin: Menge 1800, spez. Gewicht 1014, Albumen: Trübung; einzelne rote Blutkörperchen, keine Zylinder. Neurologisch: Fehlen des Würgreflexes; Zunge wird gerade, aber mit grobschlägigem Flimmern herausgesteckt; lebhafte Reflexe. Es dürfte sich um Reste einer Influenza-Nierenreizung handeln, die auf Diät und Bettruhe schwanden. Dementsprechend war in kurzem die „Neurasthenie" geheilt; der Mann konnte als schonungsbedürftig abgeschoben werden.

Als die einzige, vielleicht etwas gröbere Fehldiagnose meiner Beobachtungsreihe dürfte man wohl die Arteriosklerose ansehen. Hier handelte es sich um einen 47jährigen Eisenbahnbeamten, der in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Etappe in seinem Berufe beschäftigt war. Er litt seit etwa einem halben Jahre an allgemeinen Kopfschmerzen, Mattigkeit und Schwindelanfällen; war leicht erschöpfbar und „deshalb" vergeßlich; leicht erregt; Schlafstörung, hauptsächlich schweres Einschlafen.

Stark gealterter Mann von sehr mäßigem Ernährungszustand. Herz: geringe Verbreiterung nach links, Akzentuierung des zweiten Aortentones, Stirnschlagadern treten stark hervor, Radiales hart und gewunden. Puls gespannt! Blutdruck 320 Wasser! Poly- und Nykturie.

Hier lag die Ursache der „Neurasthenie" denn doch klar auf der Hand. Sie konnte auch ohne Blutdruck- und Urinmessung aus Herz-, Puls- und Adernbefund erschlossen werden. Immerhin: psychologisch war auch dieser Fall noch „reizbare Nervenschwäche"; denn die Aufmerksamkeitstörung hatte noch nicht die Eigenart der arteriosklerotischen angenommen und war noch durch „Schwäche" erklärbar; die Gedächtnisstörung war noch nicht objektiv ohne weiteres aufzuzeigen, wenn auch schon subjektiv fühlbar[1]).

Schwieriger war es, die Ursache der Neurasthenie bei der nächsten Gruppe zu ergründen. Hier handelte es sich fast durchwegs um Mannschaften, die bei der Bagage gestanden oder sonst an der Front oder in der Etappe einen angenehmen Posten gehabt hatten. Sie klagten über Stirnkopfschmerzen, Mattigkeit, großes Schlafbedürfnis, alle Glieder tun weh, Reizbarkeit. Manche gaben ab und zu etwas Stiche auf der Brust und trockenen Husten, fast alle Appetitlosigkeit infolge schlechten Geschmackes im Munde an.

Bei näherer Befragung stellte sich heraus, daß sie sich vor 2 bis 3 Wochen einmal ein paar Tage nicht wohl gefühlt hätten. Damals hätten sie auch Fieber gehabt. Es sei wohl „die spanische Krankheit" gewesen, an der damals viele in ihrer Truppe erkrankt waren. Sie hätten sich damals jedoch nicht krank gemeldet, weil sie sich ein paar Tage schonen konnten. Nachher hätten sie den Dienst wieder aufgenommen (meist freiwillig!), aber seitdem gehe es nicht mehr recht.

Befund: Müdes, manchmal etwas gelblichweißes Aussehen; Augen feucht-glänzend; guter Ernährungszustand. Auf den Lungen ab und zu Giemen. Reflexe lebhaft. Etwas grobschlägiges Zittern der herausgestreckten Zunge und der ausgestreckten Hände. An- oder Subacidität.

Rasche Erholung bei Tinct. Chin., Bettruhe und fast den ganzen Tag Schlaf.

Besonders charakteristisch war bei all diesen Leuten, mit welcher Befriedigung sie die Mitteilung hinnahmen, daß sie in kurzem nach etwas Erholung wieder zur Truppe müßten.

---

[1]) Zufällig fehlen in dem Monat, den ich herausgegriffen habe, symptomatische Neurasthenien auf paralytischer Basis (neurasth. Form d. Paralyse).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II.

Von dieser letzten Gruppe aus dürften sich uns wohl am leichtesten die dynamischen, vor allem psycho-dynamischen Verhältnisse der „symptomatischen Neurasthenie" klären lassen. Hier steht auch einem großen Teil von uns das unschätzbare Hilfsmittel der Selbstbeobachtung zur Verfügung.

Der Körper ist subjektiv und objektiv deutlich geschwächt. Man fühlt sich matt. Alle Glieder sind schwer. Die Bewegungen sind zwar nicht direkt schmerzhaft. Höchstens besteht jener Zustand unangenehmer Spannung in den Muskeln, der dem Schmerze des „Turnweh" vorausgeht; jenes bleierne Gefühl in Füßen und Kreuz und Schultern, das auf uns gegen Ende großer Märsche lastet. Man hat deshalb das instinktive Bestreben sich hinzulegen, kein Glied zu rühren und sich in sich zu verkriechen.

Es ist nicht der Schmerz, den man scheut, und weshalb man die Gliedmaßen, von denen er beim Bewegen ausgehen würde, ruhigstellt. Es ist etwas Negatives, was man zu meiden sucht. Man möchte zunächst wenigstens gar nichts. Es fehlen die Antriebe; nicht hemmen Überlegungen, d. h. Produkte aus Antrieb und Gegenantrieb bewußter, halbbemerkter und unbewußter Art. Also: man will nicht nicht z. B. bewegen, sondern: man will nichts. An der Wurzel der „symptomatischen Neurasthenie" steht der Mangel oder wenigstens die Abnahme der psychischen Triebkräfte, der Psychoenergie.

Der analoge Zustand tritt bis zu gewissem Grade regelmäßig im menschlichen Leben auf: in der abendlichen Ermüdung und Unlust weiter wachzubleiben. Hier sind es jedoch nicht Bakteriengifte wie in unserem Falle die der Grippe, sondern die in ihrer chemischen Natur noch ungeklärten Stoffwechselgifte, die die Abnahme der psychischen Energie verursachen. Die Reaktion ist aber in beiden Fällen die gleiche: der Befallene hat das Bestreben, sich von der Außenwelt zurückzuziehen, zu der vor allem auch sein ihm lästiges körperliches Ich gehört. Er will schlafen und tut es auch, sobald er kann. Ich betone nochmals: es liegt nicht ein von einem bestimmten Gliede ausgehender Schmerz vor, dessen Ruhigstellung oder Ausschalten in Form des hysterischen Symptoms genügte, sondern die Ausschaltung des ganzen körperlichen Ichs muß Platz greifen, wenn die Unlust verhindert werden soll.

Dem Schlafe stehen nun aber starke, voll bewußte Widerstände entgegen: Der Mann darf nicht nichts tun. Dieses Nichtdürfen ist häufig, namentlich bei unseren Soldaten, reine rohe Gewalt: er muß Dienst machen, da er nicht krank gesetzt ist oder nicht mehr krank gesetzt ist. Er muß schaffen, um den üblen Folgen zu entgehen.

Genau so verhält es sich jedoch auch bei den übrigen: eine äußere Notwendigkeit zum Wachbleiben liegt auch bei ihnen vor. Man muß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hart gegen sich sein, weil die Pflicht (eine sehr komplizierte Sache) ruft, gar häufig, weil man größeren Schaden befürchtet, wenn man jetzt sich nachgibt. Sehr oft sind es Erwägungen, wie sie ein Unteroffizier mir gegenüber äußerte: er sei $3\,^1/_2$ Jahre bei ein und demselben Regiment in der Front gewesen. Jetzt habe er dort einen Schreiberposten und den wolle er sich erhalten. Deshalb wolle er nicht heim.

Nicht gar selten kann man diese äußere Notwendigkeit zum Wachbleiben bei manchen Soldaten sehr handgreiflich demonstrieren in der Gestalt von zahllosen Läusen oder Krätzmilben, die „Neurasthenie" von allerdings sehr guter Prognose hervorrufen. Namentlich im Osten sah ich solche zu Anfang des Krieges, da die Entlausungsanstalten noch nicht auf der Höhe waren. Befund: Im Ernährungs- und Kräftezustand herabgekommen; der ganze Körper zerkratzt; sehr erregbar. Die Heilung tritt nach Entlausung und längerem, nun ungestörten Schlaf ohne weiteres ein.

Wir haben damit die zweite Ursache der Neurasthenie.

Bildlich gesprochen: Der psychische Kraftstrom *a* wird irgendwie geschwächt. Er fließt langsamer und langsamer und wird bald stehen bleiben, einen See bilden. Nun kommt in der alten Richtung hinterdrein eine zweite Kraftwelle *b*. Ist *b* groß genug, so gelingt es ihr, *a* vorwärtszureißen. Wenn nicht, so gibt es Trübungen des Wassers und doch kein nennenswertes Vorwärts.

Drei markante Unterschiede weist nun die Neurasthenie gegenüber der Hysterie (und verwandten Psychoneurosen) auf:

Der erste: die beiden Kräfte wirken in derselben Richtung. Es gibt keine Kraft und Gegenkraft, wie das (schematisch) bei der Hysterie der Fall ist; sondern eine schwächer werdende, erlahmende wird durch eine zweite in alter Richtung fortgerissen.

Zweitens: Es ist deshalb wenigstens zunächst nicht die Möglichkeit, daß eine von ihnen ins Unbewußte gedrängt wird oder ausweicht. Nur wenn, was in späterem Zusammenhang zu erörtern sein wird, aus dem „Nichtswollen" ein „Nichtwollen" wird, wenn also ein positiver Gegenwillen von irgendwoher auftritt statt des bloß Negativen, ist ein derartiges Schicksal einer Kraft möglich.

Es ist somit klar, daß in einer Neurasthenie, wie ich sie hier umschreibe, kein Platz für eine „Flucht in die Krankheit" ist, die Freud bei den Hysterien und beim Zwang fand. Im Gegenteil: konnte Kretschmer sagen: Hysterie sei Simulation, so könnte man dem entgegenstellen: Neurasthenie ist Dissimulation. Oder vorsichtiger gefaßt: Bei der Neurasthenie herrscht das „Realitätsprinzip", während der Hysteriker es verläßt und zum „Lustprinzip" (Freud) flieht.

Da der Name Freud gefallen ist, wird man sich auch die Frage

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorzulegen haben, welche Rolle die Sexualität bei der Neurasthenie spielt. Es hat sich ja durch völliges Mißverstehen der Lehren Freuds die irrige Meinung gebildet, die Hysterie, der Zwang, die Paraphrenie werde von ihm und seinen Schülern einzig auf die Libido zurückgeführt. Das Gegenteil ist richtig: er hat stets als Ursache einen Konflikt bezeichnet zwischen Libido und „Interessen" (wie er zusammenfassend die Triebe, die der Selbsterhaltung im Gegensatze zur Arterhaltung dienen, genannt hat). Er hat sich, weil sich sein Neurosenmaterial dafür besser verwerten ließ, mit der „Libidolehre" beschäftigt, hat es aber sowohl in seinen Werken als vor allem gegenüber uns, seinen Schülern, immer wieder betont, daß die „Interessen" noch der Bearbeitung harren. So ist auch er es gewesen, der mich bereits vor 4 Jahren daraufhin gelenkt hat, neben der Dementia praecox den Schlaf und die psychischen Veränderungen bei körperlichen Erkrankungen zu studieren, da er sich davon Aufschluß über die Interessen versprach.

Es spricht nun nicht das geringste dafür, daß die Libido bei der echten oder symptomatischen Neurasthenie als solche eine Rolle spiele. Im Gegenteil: auf der einen Seite steht ja — wenigstens in den bisher besprochenen Fällen — mehr oder weniger die gesamte psychische Energie und nicht nur ihr libidinöser Teil, auf der anderen Seite sehr reale Interessen und Sorgen um die Selbsterhaltung[1]). Auf der einen steht also das gesamte komplexe Ich, Libido und Interesse, Triebe demnach, die nach Entladung, nach Lust suchen, voluntaristisch sind. (Diese Triebe sind aber abgesehen von einem mehr oder minder kleinen Teil angepaßt an die Außenwelt.) Auf der andern Seite steht das, was wir bald Pflichtgefühl, bald Gewissen nennen möchten, bald Strebungen, die uns in ihren Folgen als Überlegungen zum Bewußtsein kommen, die man als Vernunft bezeichnen könnte. Sicher handelt es sich auch hier um ganz komplizierte, phylogenetisch wie ontogenetisch verschiedenartige Triebkräfte. Immer eignet ihnen aber etwas, was sie uns als an die Außenwelt angepaßt, rationell, utilitaristisch erscheinen lassen. Selbst noch in unserem Falle der Neurasthenie, wo doch das Utilitätsprinzip überspannt ist.

Es kann somit bei der Neurasthenie nicht daran gedacht werden, hypnotisch oder gar analytisch zu wirken. Die einzige kausale Therapie ist, die Interessen der Welle *b* für einige Zeit auszuschalten dadurch, daß man dem Kranken erklärt, er sei nur vorübergehend krank, werde sich bald erholen und könne dann wieder ungestört wie früher gesund seinem Dienst, seiner Pflicht nachgehen.

Diese Zusicherung, zusammen mit eventueller Behandlung des

[1]) Ich scheide das schwierige Kapitel der „Sexualneurasthenie" aus. Ich glaube auch, daß es zur Hysterie oder zum Zwang gehört.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwächenden Grundleidens, das natürlich auch anderer Art sein kann als in meinen Fällen, bewirkt, daß der Kranke sich auf sein Ich zurückzieht, stunden-, ja tagelang schläft. In dieser Zeit regeneriert sich die psychische Energie: und damit ist die Heilung erreicht. Die Neurasthenie bildet so eine der schönsten Aufgaben des Arztes, namentlich wenn er, was oft nötig ist, dem Patienten neben der Ruhe auch die Zeit und die äußere Möglichkeit zur Erholung schafft.

III.

Es obliegt uns nun nach der Klärung der Krankheitsursachen das Hauptkrankheitszeichen „die reizbare Schwäche" zu untersuchen: Alle Symptome, die wir fanden, lassen sich ja auf dieses eine reduzieren, das bald mehr in somatischer, bald mehr in psychischer Beziehung hervortritt.

Von diesem Symptom haben wir einen Teil, die Schwäche, als Krankheitswurzel gefunden. Wie wird nun diese Schwäche reizbar?

Der Antrieb b, der aus äußeren Quellen gespeist wird, wirkt nicht ständig, sondern schubweise. Der Kranke gleicht dem Menschen, dessen Kopf vor Müdigkeit umzusinken beginnt, der schon fast eingeschlafen ist, der sich aber, sobald der Kopf das Gleichgewicht verliert, einen Ruck gibt „Du darfst nicht schlafen". Dabei schießt er nun, weil er schlaftrunken ist, also die Situation nicht mehr völlig beherrscht, leicht über das Ziel hinaus, sitzt einen Augenblick übertrieben gerade, um alsbald wieder zusammenzusinken, worauf sich das Spiel wiederholen kann.

Besonders hübsch läßt sich dies Auf und Ab bei dem von Läusen Befallenen demonstrieren: Müde geht der Mann zu Bett, deckt sich zu. Nun hat er die wohlige Wärme, die zum Einschlafen nötig ist, erreicht — da beginnt es an ihm zu laufen, zu kribbeln und zu beißen. Er kratzt, er springt auf, reißt das Hemd auf, sieht nach. Inzwischen ist Abkühlung eingetreten. Die Läuse haben sich in die Hemdfalten zurückgezogen. Er hat Ruhe, legt sich wieder zu Bett. Und das Spiel beginnt von neuem.

Die Ausschläge sind gerade infolge der mangelnden psychischen Energie und Überlegung oft übermäßig, da die Kraft nicht mehr eingeteilt, bewußt gehemmt wird zu Überlegungen. Die Kraft, die vielleicht gerade noch reichen würde, wenn sie stets gleiche Spannung hätte, wirkt durch die wellenartige An- und Abschwellung der Aufmerksamkeit bald ungenügend, bald als zu viel.

Als Grund dieser Erscheinung muß wieder die Schädigung der psychischen Kraft und ihres Trägers, des Großhirnes angenommen werden. Diese Annahme, die Schädigung ins Großhirn zu lokalisieren, liegt um so näher, da bei all den Erkrankungen, bei denen symptoma-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tische Neurasthenie vorkommen kann, deutlich wahrnehmbare Großhirnschädigungen vorkommen. Manche, wie die progressive Paralyse sind sogar ausgesprochene Großhirnerkrankungen. Selbst bei der Schlafentziehung ist im Hundeexperiment eine beträchtliche Abnahme des Gehirngewichtes festgestellt worden (De Manasseine).

Vom Großhirn gehen auch die Hemmungsfasern für die Reflexe, z. B. für die Kniescheibenreflexe aus. Wenn wir also Steigerung z. B. dieses Reflexes finden, wird uns dies nicht wundern. Immerhin ist der Wegfall der Hemmungsfasern nicht so vollständig, wie er bei der Paralyse und multiplen Sklerose sein kann. So wird man wohl kaum je echten Kniescheibenklonus finden. Ebenso wird man wohl das fibrilläre Muskelflimmern und den Zungen- und Händetremor erklären dürfen und das nämliche gilt von den vasomotorischen und sekretorischen Reizerscheinungen.

IV.

Wir haben die Neurasthenie abgegrenzt als eine Störung, die begründet ist in einer toxischen Schädigung des Großhirnes, welche sich äußert: einerseits in einer Schwächung der gesamten psychischen Kraft, andererseits in einem wellenartigen An- und Abschwellen einer von äußeren Bedingungen abhängigen, nach außen gerichteten zweiten Kraft. Wir hatten als Unterschied gegen die Hysterie und ähnliche Psychoneurosen festgelegt, daß dort zwei Kräfte gegeneinander wirken, wodurch eine ganz oder teilweise ins Unbewußte abgedrängt wird. Bei der Neurasthenie ist die Krankheit eben Krankheit, bei der Hysterie usw. ein verfehlter Heilungsversuch.

Trotz dieser Gegensätzlichkeit oder gerade wegen dieser Gegensätzlichkeit kommen beide Erkrankungen nicht selten bei ein und demselben Menschen zugleich vor. Und zwar sind hier zweierlei Formen des Nebeneinander möglich:

Die Kraft a, die bei der Neurasthenie geschwächt ist, ist (wie gesagt) nicht einheitlich. Sie ist ja mehr oder weniger identisch mit der psychischen Gesamtenergie, die bei keinem Menschen nur ein Ziel hat, sondern zusammengesetzt ist aus Kräften verschiedenen Umfanges und verschiedener, oft sich kreuzender, oft sogar entgegengesetzter Richtungen.

Es ist nun sicher, daß nicht jedes Toxin, das die Energiesumme in der besprochenen Weise schädigt, alle einzelnen Teilkräfte gleich in Mitleidenschaft zieht. Schon ganz roh zeigt dies die Lokalisation des Kopfschmerzes an: bei Typhus, wie bei den meisten schweren Infektionen herrscht Nackenschmerz, bei der Influenza Stirnschmerz, bei Arteriosklerose und Nephritis allgemeiner Kopfdruck vor. Bei Tuberkulose ist, wie jeder Praktiker und jeder Sanatoriumsarzt weiß, die Libido selbst bei sonst großer Schwäche nicht herabgesetzt, sondern

Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

oft sogar stark gesteigert; bei anderen Infektionen leidet gerade sie zuerst. Bei Influenza ist neben anderen Erscheinungen deutlich die Kombination beeinträchtigt, die bei Typhusinkubation zum mindesten nicht erheblich gestört, wenn nicht gar erleichtert wird. Hier findet man, ebenso wie bei der Pneumonie, sogar manieähnliche Bilder (Bleuler), die man bei der unkomplizierten Grippe vermißt. Das Studium der feineren Vorgänge ist bis jetzt meines Wissens kaum psychiatrisch studiert. Andeutungen finden sich höchstens in den Werken der Internisten oder in Aufsätzen von Praktikern zerstreut. Auch ist es äußerst schwierig, einen sicheren Ausgangspunkt zu finden, wie mich jetzt erst wieder die Beobachtung der Influenza-Pandemie gelehrt hat.

Man könnte nun leicht folgenden Fall konstruieren (der wohl auch in der Praxis mehr oder weniger rein vorkommen mag): Aus der Kräftesumme *a* sind zunächst gerade diejenigen Teilenergien durch die toxische Schädigung ausgefallen, die parallel der Kraftwelle *b*, der Außenwelt zugekehrt, vom Realitätsprinzip beherrscht sind. Es bleiben somit nur die mehr oder weniger divergierenden, dem Lustprinzip untertanen Kräfte. Sie geraten in Konflikt mit der Kraft *b* und weichen teilweise ins Unbewußte aus: die Hysterie ist da.

Die Wirklichkeit bietet keine so reinen Bilder. Im Prinzip aber läuft sie doch auf unsere Konstruktion hinaus, wenn auch allein die Schwächung der Gesamtenergie genügt. Deren Strömung verlangsamt sich, was experimentell zu belegen ist und was die Selbstbeobachtung jedem von uns schon gezeigt hat. Hierdurch werden sowohl innere wie äußere Reibungen begünstigt. Spaltungen treten auf, wie ich sie an dem analogen Falle des Schlafes[1]) aufgezeigt habe: Auf der einen Seite bleibt hier die „Wache", die den Kontakt mit der Außenwelt hält, während sich das „Schlaf-Ich" von ihr zurückzieht und das „Traum-Ich" seine alten Bahnen geht, wenigstens in der Vorstellung, d. h. in den vom Schlaf-Ich vor Beginn gehemmten Handlungen. Zur Verdeutlichung diene folgender Vergleich: Der Strom, in der Ebene angelangt, teilt sich an den bis hierher mitgerissenen Schlamm- und Kiesmassen leicht in ein Delta, in dem einzelne Arme oft fast entgegengesetzte Richtung einschlagen.

Auf die Schwächung der Kraft haben wir uns bei der Ermüdung gewöhnt mit Flucht von der Außenwelt und einem Zurückziehen auf das eigene Ich zu antworten. Auch bei der Krankheitsschwächung ist dies der Fall: wenn wir können, ist dies die natürliche Reaktion. Nun hindern aber von außen kommende Gründe uns daran. Jedoch die Hinderung gelingt nicht stets völlig. Wir finden deshalb bei einer sehr großen Zahl von Fällen wenigstens Zeichen einer beginnenden oder teilweisen Zurückziehung des Ichs von der störenden Außenwelt in

[1]) „Handlungen des Schlafenden." Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1918.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herabsetzung der Reizbarkeit der Haut und Schleimhäute: Analgesien, Erlöschen des Würgreflexes, Gesichtsfeldeinschränkungen.

Andererseits ist aber mindestens ebensooft sogar die sonst allnächtliche Zurückziehung des Ichs von der Außenwelt gestört durch den Willen, ja der Realität angepaßt, wach und gesund zu sein: die Schlafstörungen, namentlich die Behinderung des Einschlafens sind fast die Regel bei der Neurasthenie.

So aber ist eben der Wille zum Gesundsein zur Obstruktion gegen das Gesundwerden, gegen das Sicherholen, gegen den natürlichen Heilungsprozeß geworden. Von dem ist nur ein kleiner Schritt zu dem folgenden Falle: „Wenn ich doch nur richtig krank wäre; so glaubt es mir ja niemand" — wie man nicht selten Patienten klagen hört. Die Beschwerden, die jeder auffallenden Begründung entbehren und wegen deren vielleicht bei wiederholter früherer Krankmeldung keine Kranksetzung erfolgte, erscheinen dem Leidenden ungenügend, die erstrebte Ruhe zu verschaffen.

Was Wunder, daß dann ein irgendwie auftretendes Krankheitszeichen, das in Augen des Arztes wirklich krankhaft erscheinen muß und das Kameraden in die Heimat geholfen hat, als wahre Erlösung aus dem Dilemma begrüßt wird; sei es nun ein momentanes Versagen der Stimme oder eines Gliedes im Schreck, Angst. Zittern, kurze Fixierung eines Gelenkes infolge rheumatischer Beschwerden, Ertaubung bei nahem Granateinschlag. Jetzt ist der Mann gerechtfertigt; jetzt darf er krank sein; jetzt hat er seinen Ausweis und der wird festgehalten.

Es ist kein Vorwurf der Simulation, den ich erhebe. Ich kann derartige Denkungsweise auch, wie jeder der an der Front war, gar nicht einmal auffallend finden, sondern glaube behaupten zu dürfen, daß jeder von den vielen Millionen Soldaten, die längere Zeit im Graben waren, sich soundso oft nach einer Erkrankung oder Verwundung in diesem Sinne gesehnt hat. Im Augenblick, wo diese nun erfolgt, ist der Boden längst vorbereitet für den Gedanken: diesmal soll's für die Heimat reichen. In ellenlangen Sekunden, in denen man die Granate auf sich zusausen hört, hat man hundertemal Zeit, ihn tiefer in sich Wurzel fassen zu lassen. Und wenn man dann getroffen wird, da und dort Püffe spürt — und es waren „nur" Erdstücke, so ist das zum mindesten keine reine Freude. Man muß sich dann stets einen Ruck geben, um die Enttäuschung zu überwinden. Es ist eigentlich ganz selbstverständlich, daß dies dem nicht gelingt, der unter Mattigkeit einer noch nicht offenkundigen Tuberkulose[1]) oder eines noch inkubie-

[1]) Daß hier die Lokalsymptome so selten hysterisch ausgewertet werden, ist offenbar der Tuberkulose eigen und im Zusammenhang mit der leichten partiellen Euphorie. Denn eventuelle Einschüchterung durch vergebliche Krankmeldung, die sich auf sie stützt, würde sonst häufiger gerade das Gegenteil, nämlich ihre hysterische Übertreibung bewirken.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

renden Typhus leidet. Vielmehr sinkt er nun in sich zusammen, schläft ein, wenigstens teilweise.

Und oft wacht er aus diesen halbschlafenden Leiden auf als Kranker, als Hysteriker. Breuer hat in der mit Freud verfaßten „Hysterie" für das Zustandekommen dieser Krankheit „hypnoide Zustände" für nötig gehalten. Die Patientin, von der er dies ableitet, hatte den kranken Vater in aufreibenden Nachtwachen gepflegt; hatte oft schlafen wollen, durfte es aber nicht; sie war ein paarmal trotzdem eingenickt. Und von diesen Momenten waren Symptome ausgegangen. Breuer hat recht: hypnoide Zustände haben bei dieser Hysterie eine auslösende Rolle gespielt. Aber nur bei dieser, die auf dem Boden einer Neurasthenie erwachsen war. Für diese Formen wird man gut tun, den alten Namen der „Hysteroneurasthenie" zu reservieren. Dem stehen einmal gegenüber die reinen Hysterien, die Fälle, bei denen Hysterien primär entstehen.

Andererseits ist auch eine Neurasthenie auf dem Boden einer Hysterie möglich. Die durch den hysterischen Konflikt mit seinen Folgen geschwächte Kraft kann neurasthenisch erkranken. Ob die psychische Kraft durch Toxine mehr oder weniger als Ganzes geschädigt ist oder dadurch, daß Teile sich abspalten, ist gleich. Diese „symptomatische Neurasthenie bei Hysterie" ist praktisch wohl von nicht sehr großer Bedeutung.

Zur Gruppe der Hysteroneurasthenie seien dagegen aus einer sehr großen Anzahl von Fällen nur genannt: ticartige Zuckungen bei Typhus, Aphonie bei beginnender Arteriosklerose, Schütteltremor bei Affectio apicis dextrae, schlaffe Lähmung des linken Armes und Stottern nach Grippe. Auch ein Fall von Freud, Hysterie bei Tabes dorsalis, dürfte hierher gehören.

Praktisch sehr wichtig sind noch jene Fälle von Dementia praecox, wo die durch ihren Zerfall geschwächte Psychoenergie an „symptomatischer Neurasthenie" erkrankt. Befällt sie doch gerade jene Teile der Psyche, die der Außenwelt noch oder wieder angepaßt sind, während die „autistischen", „introvertierten" Teile der Seele sich als „Komplexe" abgekapselt haben. Es handelt sich also um die Dissimulanten, die noch nicht oder nicht mehr Anstaltsbedürftigen, die noch Sozialen und sozial Geheilten. Dementsprechend wird auch bei mancher „Neurasthenie" die feinere Analyse eine „symptomatische Neurasthenie bei Schizophrenie" aufdecken können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Aus der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.)

Korbinian Brodmann.

Von

F. Nissl.

(Eingegangen am 17. Januar 1919.)

Knapp 5 Monate nach Eröffnung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München wurde ihr K. Brodmann, der Leiter der topographisch-histologischen Abteilung, durch ein grausames Schicksal entrissen. Voller Arbeitspläne, überaus zufrieden in seinem Wirkungskreis, glücklich in seiner jungen Ehe wurde er in wenigen Tagen durch eine schwere Sepsis am 22. August 1918 dahingerafft.

Brodmanns Tod ist für die Wissenschaft ein außerordentlich schwerer Verlust. Denn wir haben in ihm den Schöpfer der vergleichenden Cytoarchitektonik der Großhirnrinde der Säugetiere verloren. Die bange Sorge erfüllt uns: wer wird, wer kann in die Lücke treten, wer das von ihm begonnene Werk fortsetzen?

Brodmann wurde am 17. November 1868 als Sohn eines Landwirtes zu Liggersdorf in Hohenzollern geboren. Nach Erlangung des Reifezeugnisses (1889) studierte er in München, Würzburg, Berlin und Freiburg Medizin. 1895 wurde er als Arzt approbiert. Ein Jahr verwendete er auf die allgemeine ärztliche Weiterbildung und nahm im Sommer 1896 eine Assistentenstelle an der Nervenheilanstalt Alexanderbad an, die damals von Oskar Vogt geleitet wurde. Von da ab wendete er sich dem Sondergebiete der Neurologie und Psychiatrie zu, besuchte im Wintersemester 1896/97 in Berlin klinische Vorlesungen und Kurse über Psychiatrie, Neurologie und Hirnanatomie und arbeitete sodann ein Jahr am pathologischen Institut in Leipzig, wo er 1898 mit einer Dissertation über chronische Ependymsklerose promovierte. Von 1898—1910 war er Assistenzarzt zuerst an der psychiatrischen Klinik zu Jena (1898—1900), sodann an der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. (1900—1901) und von 1901—1910 am neurobiologischen Institut der Universität Berlin. Von 1910—1916 war er Assistenzarzt bzw. Oberarzt und Leiter des anatomischen Laboratoriums an der psychiatrischen Klinik in Tübingen, wo er auf Grund früherer wissenschaftlicher Arbeiten sich habilitierte. 1913 erhielt er den Titel eines außerordentlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Professors. Während des Krieges war er bis zum Mai 1916 freiwilliger ordinierender Arzt an der Nervenabteilung eines Tübinger Reservelazarettes. Im Mai 1916 verließ er Tübingen, um die von Pfeiffer neuerrichtete Prosektur an der Landesheilanstalt Nietleben bei Halle a. S. zu übernehmen. Während des Aufenthaltes in Nietleben verheiratete er sich. Nach der Gründung der Forschungsanstalt für Psychiatrie in München erhielt er einen Ruf als Leiter der topographisch-histologischen Abteilung. Am 1. April 1918 siedelte er nach München über.

Über seinen wissenschaftlichen Entwicklungsgang und seine Arbeitsrichtung berichtet er in einem von ihm selbst verfaßten Lebenslauf: „In den frühen Jahren der Assistentenzeit, in Jena und in Frankfurt a. M. (1898—1901) ging ich vorwiegend klinischen Aufgaben nach (Serratuslähmung, Neuritis ascendens, hypnotische Methodik und Psychotherapie). Aber schon damals beschäftigten mich anatomische Fragen, wie die Untersuchung des Nervensystems im polarisierten Lichte, sowie die neue elektive Weigertsche Neurogliafärbung. Auch experimentell-psychologische Untersuchungen nahmen mich längere Zeit in Anspruch, namentlich plethysmographische Studien über die Blutverteilung im Gehirn während des Schlafes, ferner experimentelle Prüfungen der Gedächtnisstörungen bei der polyneuritischen Psychose.

„In Frankfurt a. M. erhielt ich durch Alzheimer im dortigen mikroskopischen Laboratorium den entscheidenden Antrieb zur anatomischen Forschungsrichtung in der Psychiatrie, die nach der Übersiedelung an das neurobiologische Institut in Berlin mein eigentliches Arbeitsgebiet wurde und es seitdem vorwiegend geblieben ist. Im Rahmen des allgemeinen Arbeitsplanes dieses Institutes fiel mir die topographische Erforschung des Hirnrindenbaues zu, und während nahezu 10jähriger Tätigkeit daselbst habe ich die histologische Lokalisation der Großhirnrinde im Säugetierreiche sowohl in deskriptiver wie vergleichend-anatomischer Hinsicht bearbeitet. Das Ergebnis dieser Studien waren die ‚Beiträge zur histologischen Lokalisation' (1903 bis 1908) und die ‚Vergleichende Lokalisationslehre' (1909). Nebenher gingen gelegentliche Untersuchungen über ‚Fibrillogenie und ihre Beziehungen zur Myelogenie' (1907) und über verschiedene histopathologische Einzelfragen (‚feinere Histologie und Histopathologie der Großhirnrinde bei der Dementia paralytica, Dementia senilis und Idiotie') an der Hand der neuen Fibrillenmethoden von Bielschowsky und Cajal. Am Berliner Institut habe ich mehrere Jahre innerhalb der Ferienkurse des Dozentenverbandes regelmäßig Vorträge über Bau und Organisation des Gehirnes gehalten.

„Nach meinem Eintritt in die psychiatrische Klinik in Tübingen beschäftigten mich, abgesehen von den engeren histopathologischen Aufgaben des dortigen Laboratoriums, hauptsächlich anthropologische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fragen, insbesondere vergleichende Untersuchungen über die Größe und Ausgestaltung des Gehirns und einzelner Rindenteile bei verschiedenen Rassen im Vergleich mit Tiergehirnen (Vorträge auf der Anatomenversammlung in München 1912, auf der Naturforscherversammlung in Wien 1913 und auf der Badener Tagung südwestdeutscher Irrenärzte 1914). Als Ergebnis der in meiner Eigenschaft als Oberarzt der Klinik und Leiter der Poliklinik gesammelten klinisch-hirnpathologischen Erfahrungen entstand in diesen Jahren die Bearbeitung der ‚Physiologie des Gehirns' in von Bruns ‚Chirurgischen Erkrankungen des Gehirns' (1914). Weitere in Ausführung begriffene und teilweise bereits im Druck befindliche Veröffentlichungen wurden durch den Ausbruch des Krieges unterbrochen und konnten bisher nicht abgeschlossen werden."

Aus Brodmanns Lebensgang ergibt sich, daß er erst zwei Jahre vor seinem Tod eine gesicherte äußere Lebensstellung erlangte. Es ist Pfeiffers Verdienst, ihm in seiner Anstalt eine solche Stellung und auch Mittel geschaffen zu haben, die ihm die Fortsetzung seiner Arbeiten ermöglichen sollten. Die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte verlieh ihm 1912 für Zwecke der Hirnforschung ein Stipendium von 2000 Mark. Im gleichen Jahre wurden der Akademie der Wissenschaften in Heidelberg für Hirnforschungszwecke 15 000 Mark zur Verfügung gestellt, welche ihm durch Beschluß der mathematisch-physikalischen Klasse überwiesen wurden. Als der Plan der Gründung einer Forschungsanstalt für Psychiatrie der Verwirklichung nahegerückt war, stand es im Programm Kraepelins fest, eine Kraft wie die Brodmanns für die neue Anstalt zu gewinnen. In der am 1. April 1918 eröffneten Forschungsanstalt hatte er endlich die langerhoffte unabhängige und sichere Arbeitsstätte gefunden. Noch mit der Einrichtung seiner Abteilung und den Vorarbeiten für die Wiederaufnahme seiner durch den Krieg unterbrochenen vergleichend-anatomischen und embryologischen Untersuchungen beschäftigt, wurde er vom Tode überrascht.

Als Brodmann nach seinem Eintritt in das Berliner neurobiologische Institut (1901) die Aufgabe übernommen hatte, eine topographische Analyse der menschlichen Hirnrinde hinsichtlich ihres Zellenbaues durchzuführen, sah er sich bald genötigt, seine Arbeit auf eine breitere entwicklungsgeschichtliche und vergleichend-anatomische Basis zu stellen, „sollte sie zu einer Erkenntnis der Bildungsgesetze der Großhirnrinde führen und die bei tieferem Eindringen in den Gegenstand sich ergebende Mannigfaltigkeit der Strukturformen aus gemeinsamen Organisationsprinzipien erklären". Schon im Jahre 1907 konnte er das stolze Wort aussprechen: „Der Grundriß des Gebäudes liegt im Entwurf vor" und zwei Jahre später beschenkte er die wissenschaftliche Welt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit seinem berühmt gewordenen Buche: „Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues."

An der Hand dieses Buches kann man sich von der von Brodmann in wenigen Jahren geleisteten Riesenarbeit überzeugen. Einen noch viel reizvolleren Einblick in seine Forschertätigkeit gewährt die Folge seiner Mitteilungen (1903—1908), weil wir durch dieselben die Entstehung des von ihm errichteten Gebäudes und die von ihm gemachten Fortschritte im einzelnen zu verfolgen vermögen.

Brodmanns Schöpfung der vergleichenden Cytoarchitektonik der Großhirnrinde der Säugetiere ist im wesentlichen zwei Erkenntnissen zu verdanken: einmal der Auffindung des leitenden Gedankens, der in der von ihm erkannten anatomischen Tatsache einer gleichartigen durch die ganze Säugetierreihe hindurchgehenden sechsschichtigen Grundtektonik wurzelt, und zweitens der klaren Einsicht, daß der ihn bei seinen Untersuchungen leitende Gedanke nur mit Hilfe einer für die speziellen cytoarchitektonischen Zwecke geschaffenen Schnittherstellungstechnik unter ausgiebigster Heranziehung der Mikrophotographie zum Ziele führen kann.

Die ausgezeichneten Mikrophotogramme, die Brodmann als Belege der behaupteten Cortexstrukturen seinen Veröffentlichungen beifügte, geben kein richtiges Bild von der außerordentlichen Bedeutung der Mikrophotographie für seine Untersuchungen. Diese liegt eben nicht darin, bloß als Beleg seiner Angaben zu dienen, sondern die Mikrophotographie war für ihn in der Hauptsache ein wesentliches Untersuchungshilfsmittel, weil sie eine gleichzeitige Übersicht über weite Gebiete der Hemisphären oder selbst über die ganze Hemisphäre ermöglicht, eine Übersicht, welche das mikroskopische Gesichtsfeld nie und nimmer geben kann. An der Hand gewaltiger mikrophotographischer Übersichtsbilder konnte er die Grenzen der verschieden gebauten Rindenfelder oder die Art ihrer Übergänge besser übersehen und die Rinden verschiedener Tiere leichter miteinander vergleichen als in dem beschränkten mikroskopischen Gesichtsfeld. Dieses für diese Untersuchung unabweisbare Hilfsmittel hatte natürlich zur Voraussetzung nicht nur eine hervorragende mikrophotographische Technik, sondern auch die Herstellung photographierbarer, also tadellos elektiv für Nervenzellen gefärbter, faltenloser und sehr dünner, selbstverständlich lückenloser Schnittserien durch die ganzen Hemisphären. Eine solche Technik mußte erst geschaffen werden. In der Erkenntnis der Notwendigkeit dieser Forderung hat Brodmann selbst eine Paraffineinbettungsmethode ausgearbeitet und für seine speziellen Zwecke mit Hilfe des Feinmechanikers Becker in Göttingen ein Doppelschlittenmikrotom konstruiert.

In der Absicht, den Bauplan der Großhirnrinde zu erfassen und An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haltspunkte für eine anatomische Lokalisation funktioneller Hirnrindenzentren zu gewinnen, nahm er zwar zunächst die auf höchster Differenzierungsstufe stehende und an sich schon besser bekannte menschliche Rinde in Angriff; aber es war ein überaus glücklicher Gedanke von ihm, nicht von der Rinde des Erwachsenen, sondern von der fötalen Rinde auszugehen. Im Anschluß an die Feststellungen von W. His, daß in der primitiven, völlig ungeschichteten Rinde vom 6. und 7. Fötalmonat an sich abwechselnd dichtere und lockere Zellenlagen differenzieren, die als Zellenschichten in Erscheinung treten, konnte Brodmann zeigen, daß mit Ausnahme der wenigen stammesgeschichtlich alten Rindenteile[1]) in der ganzen übrigen Fläche der stammesgeschichtlich jungen Hirnrinde (Neopallium) in bestimmten Entwicklungsstufen sich ein sechsschichtiger Bau nachweisen läßt. Verschiedenartige Differenzierungsvorgänge vollziehen Umänderungen dieser sechsschichtigen Grundtektonik im weiteren Verlaufe der fötalen Entwicklung und bedingen die örtlichen Bauverschiedenheiten, die in der Rinde des Erwachsenen festzustellen sind. Zum Teil bleibt der Sechsschichtenbau der fötalen Anlage dauernd bestehen und die einzelnen Schichten erfahren bei der Weiterentwicklung nur unbedeutende sekundäre Veränderungen, sei es, daß die einzelnen Schichten sich bald als breitere, bald als schmälere Zellenlagen entfalten, sei es, daß die einzelnen Schichten bald dichter, bald weniger dicht sich mit Zellen bevölkern, oder daß die zelligen Elemente der einzelnen Schichten verschiedene Größe oder Gestalt oder Struktur erhalten. Zu einem anderen Teil stellen die sechs tektonischen Grundschichten nur ein Durchgangsstadium im Verlaufe des Fötallebens dar und erleiden neben den erwähnten sekundären Veränderungen durch Spaltungsvorgänge innerhalb einer Grundschicht eine Schichtenvermehrung oder durch Rückbildung einer Grundschicht oder durch Verschmelzung von Grundschichten eine Schichtenverminderung. Dieser Nachweis gelang Brodmann bei allen Vertretern der Säugetierreihe. Allerdings fehlte ihm das Tiermaterial früher Stadien von Edentaten und Marsupialiern, aber gerade bei diesen zeigte sich, daß die Sechs-Schichtung im größten Teil der Rinde auch im erwachsenen Zustand vorhanden ist. Damit aber war für ihn die ununterbrochene Reihe in der Entwicklung und die Zurückführung der Rindenschichtung auf einen gemeinsamen sechsschichtigen Grundtypus in der ganzen Säugetierreihe hergestellt.

Dieser Nachweis enthüllte eine Tatsache von fundamentaler Bedeutung. Die anatomische Feststellung, daß zu irgendeiner Zeit des Fötallebens, an einzelnen Stellen früher, an anderen später, die gesamte Rinde des Neuhirns einen sechsschichtigen Bau darbietet, der während der

[1]) Archipallium oder Rhinencephalon wie Bulbus olfactorius, Tuberculum olfactorium, Septum pellucidum, Cornu Ammonis, Subiculum usw.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiteren Entwicklung örtlich verschieden sich ausbildet, wurde der Schlüssel für die Auffindung und das Verständnis der örtlichen Bauunterschiede in der Rindenarchitektonik. Daraus ergab sich von selbst der Weg, den Brodmann in seinen Untersuchungen einschlug. Er hielt sich nicht an die cellulären Einzelelemente, auch nicht an die einzelnen Zellverbände, wie sie in den Schichten in Erscheinung treten, sondern wählte die Gesamttektur des ganzen Rindenquerschnittes, soweit sich dieselbe als gleichartig gebaut erwies, als Gliederungsprinzip. So entstand die topographische Lokalisation, d. h. die örtliche Zerlegung der Großhirnrinde in Rindenfelder von verschiedenem Bau, die aber in sich gleichartig konstruiert sind. Die Grenzlinien der festgestellten Rindenfelder trug er unter Kontrolle des Mikroskops in mit Hilfe des Edingerschen Zeichenapparates hergestellte Schnittdiagramme[1]) seiner lückenlosen Hemisphärenschnittreihen ein. Diese Diagramme waren die Grundlage für die Herstellung seiner berühmt gewordenen Hirnkarten, d. h. Oberflächenbilder der Hemisphären von Mensch und Tier, in denen landkartenartig die verschieden gebauten Rindenfelder außerordentlich übersichtlich zutage treten.

In seiner 3. Mitteilung (1905) weisen Hirnkarten des Affen bereits 26 different gebaute Rindenfelder im Neopallium auf; 1909 konnte er — allerdings mit Hinzurechnung der stammesgeschichtlich alten Hirnrindenanteile — 52 cytoarchitektonisch verschieden strukturierte Rindenfelder in die menschliche Hirnkarte eintragen.

Dieselben anatomischen Tatsachen, auf denen die topographische Lokalisation beruht, sind auch die Grundlage für Brodmanns vergleichende Cytoarchitektonik. Heute erscheint es uns beinahe als etwas Selbstverständliches, daß eine vergleichende Cytoarchitektonik nur bei einer einheitlichen Schichtenauffassung mit Erfolg in Angriff genommen werden konnte, ebenso wie dadurch gleichzeitig eine einheitliche Nomenklatur ermöglicht wurde. Nun war der Weg geebnet zur Untersuchung der Bauprinzipien der Rindenarchitektur in der Säugetierreihe; nun konnte die Übereinstimmung oder gewisse Ähnlichkeit und die Verschiedenheiten in der topographischen Feldergliederung bei den einzelnen Ordnungen und Arten der Säugetiere untersucht werden. Wie systematisch Brodmann bei der Auffindung von anatomisch gleichwertigen Rindenfeldern in der Säugetierreihe vorgegangen ist, zeigt am eindringlichsten die Reihenfolge seiner Einzelmitteilungen. Zunächst ging er von cytoarchitektonisch nicht nur möglichst verschieden gebauten, sondern gleichzeitig auch sehr scharf, fast linear umrissenen Struktur-

[1]) Diese Schnittdiagramme würde Brodmann heute mechanisch durch Photographieren der Schnitte auf lichtempfindliches Papier herstellen, wie dies auf Anregung des Herrn Pater Kögel (Kloster Beuron) in unserer Forschungsanstalt eingeführt wurde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

feldern (Rinde der vorderen Zentralwindung und Rinde der Fissura calcarina) aus und suchte diese beiden Felder auf Grund ihres außerordentlich charakteristischen Baues bei den verschiedenen Ordnungen und Arten der Säugetierreihe wiederzufinden. So von möglichst durchsichtigen und relativ einfachen Verhältnissen allmählich zu den verwickelteren und undurchsichtigeren fortschreitend, entstand die vergleichende Cytoarchitektonik, bei deren Bearbeitung schließlich auch die Strukturtypen der Rinde des Althirns herangezogen wurden. Bei den Untersuchungen der Rinde des Neopalliums fand Brodmann den Leitfaden in der Erkenntnis der sechsschichtigen Grundtektonik, die als ontogenetisches Durchgangsstadium durch die ganze Säugetierreihe nachgewiesen werden konnte. Ein solches leitendes Prinzip fehlte ihm bei den Untersuchungen der Rinde des Althirns. Er unterschied hier einen Cortex primitivus (d. h. eine Rinde ohne Schichtung wie im Bulbus olfactorius, im Tuberculum olfactorium, in der Substantia perforata anterior und im Nucleus amygdalae), ferner einen Cortex rudimentarius (d. h. eine Rinde mit der ersten Anlage einer Schichtung wie im Hippocampus mit Fascia dentata, im Subiculum, im Septum pellucidum, in der sogenannten Area praeterminalis) und endlich den Cortex striatus heterogenicus (d. h. eine Rinde, wo zwar deutlich ausgebildete Schichten sich architektonisch vereinigen, sich aber nicht aus dem ontogenetischen sechsschichtigen Grundtypus entwickeln, wie in den sogenannten Areae entorrhinales, praepyriformes, praesubiculares und retrosubiculares). Dieser Cortex striatus heterogenicus kann nach Brodmann durch sekundäre Weiterdifferenzierungen vielfach eine reichere Gliederung erfahren als der Cortex des Neopalliums.

Es liegt auf der Hand, daß die Homologisierung vieler Felder der Althirnrinde (Rhinencephalon) bei dem Mangel eines leitenden histologischen Prinzipes auf große Schwierigkeiten stoßen mußte. Dazu kommt noch der sehr bemerkenswerte Umstand, daß viele derartige Rindengebiete des Althirns bei verschiedenen Tieren so weitgehende Umwandlungen erfahren, daß in entsprechenden Feldern selbst nächstverwandter Tiergruppn oft kaum mehr eine äußere Ähnlichkeit zu finden ist. Natürlich war sich Brodmann dieser Schwierigkeiten vollkommen bewußt. „In solchen Fällen läßt sich die Homologie eines Rindenfeldes nicht sowohl aus der Gleichartigkeit des histologischen Baues, als vielmehr aus der Übereinstimmung in der Lage und der Beziehung zu homologen Nachbarfeldern, sowie unter Umständen entwicklungsgeschichtlich erweisen."

Übrigens gelten ähnliche Gesichtspunkte auch für die Homologisierung gewisser Rindenfelder des Neopalliums z. B. da, wo einzelne Rindenfelder oder selbst Vereinigungen von ziemlich gleichartigen einzelnen Rindenfeldern zu sogenannten Hauptregionen sich histologisch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht scharf voneinander unterscheiden oder sich an ihren Grenzen überlagern. Brodmann hat auf diese Punkte während seiner kurzen Münchner Tätigkeit oft hingewiesen und Material zum genauen Studium dieser schwierigen Fragen gesammelt.

Die wichtigsten Ergebnisse seiner vergleichend-anatomischen Untersuchungen lassen sich einerseits zusammenfassen in dem Nachweis der Ähnlichkeit der gesamten Rindenanlage und der Übereinstimmung von strukturellen Hauptregionen (präzentrale, granuläre frontale, postzentrale und parietale, insuläre, occipitale, temporale, cinguläre, retrospleniale, hippocampale und olfactorische Hauptregion), welche allerdings, wie schon erwähnt, nicht durchweg scharf voneinander abgegrenzt sind (so z. B. bestehen zwischen der parietalen und temporalen Hauptregion fließende Übergänge), sowie endlich in der Feststellung der großen Konstanz mancher Einzelfelder durch die ganze Säugetierreihe, und andererseits in dem Nachweis der naturgemäß viel zahlreicheren Verschiedenheiten, wie Gestalts-, Lage- und Größendifferenzen, von den Hauptregionen oder jener spezifischen tektonischen Differenzierungen, auf Grund deren es bei einer Sippe zur Anlage neuer Felder oder umgekehrt zur Rückbildung, Verkümmerung oder Verschmelzung von Feldergruppen und ganzen Hauptregionen kommt.

Mit zu den wichtigsten Ergebnissen der vergleichenden Cytoarchitektonik gehört die von Brodmann festgestellte Tatsachenreihe, „daß bei allen Säugetieren konstant an bestimmten Örtlichkeiten der Hemisphärenoberfläche auch bestimmte, durch ihre Struktur besonders charakterisierte Schichtungsformationen sich wiederfinden". Diese Tatsachenreihe schließt eine Homologielehre der Großhirnoberfläche in sich.

Zu den sekundären Veränderungen, die die fötale Rinde im Laufe der Entwicklung erfährt, gehört, wie wir gesehen haben, unter anderem auch die Ausbildung einer verschiedenen Breite und einer verschiedenen Zelldichtigkeit der einzelnen Schichten. Brodmann begnügte sich aber nicht mit der bloßen Feststellung auf Grund mikroskopischer Übersichtsbilder, sondern hat diese Feststellungen durch genaue Messungen einerseits der Gesamtrindenbreite, andererseits durch Messungen des Breitenverhältnisses zwischen der äußeren und andererseits der inneren Hauptzone[1]) eine exakte Grundlage zu geben versucht. In ähnlicher Weise wurde auch die Zellendichtigkeit, d. h. die Menge der Zellen in der Raumeinheit zahlenmäßig in Angriff genommen. Aus diesen Messungen ergaben sich wieder bemerkenswerte allgemeine Ergebnisse. So zeigte sich, daß beim Menschen die Dicke der Rinde allerdings in sehr

[1]) Die äußere Hauptzone, das sog. Rindengrau, umfaßt die I.—III. Schicht, die innere Hauptzone, das sog. Rindenweiß, die IV.—VI. Schicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiten Grenzen gesetzmäßigen örtlichen Schwankungen unterliegt und daß man für vergleichende Messungen stets nur homologe Rindenfelder heranziehen darf, was auch für die vergleichenden Messungen der Zelldichtigkeit gilt. Brodmann hat festgestellt, daß die mittlere Rindenbreite eines Gehirns innerhalb gewisser Grenzen weit eher von der Körpergröße seines Trägers beziehungsweise von dem Gehirnvolumen (Hirngewicht) abhängig ist, als von der Zugehörigkeit zu einer Ordnung. Bezüglich der Zelldichtigkeit ergab sich das Fehlen jeder erkennbaren Gesetzmäßigkeit.

Er blieb bei diesen Messungen nicht stehen, sondern nahm auch mit Hilfe einer neuen, von Henneberg und ihm ausgearbeiteten Bedeckungsmethode die zahlenmäßige Berechnung der gesamten freien Hemisphärenoberfläche und ihr Verhältnis zum Hirngewicht sowie die genaue Bestimmung der Flächengröße einiger homologer Rindenfelder an der Gehirnoberfläche durch die Reihe der Säugetiere einschließlich des Menschen systematisch in Angriff. Auch diese Messungen waren eine Fundgrube bedeutungsvoller Erkenntnisse.

Bei der Feststellung homologer Rindenfelder in der Tierreihe konnte er natürlich nicht die Furchen und Windungen und ihre Beziehungen zu den Grenzen der festgestellten Felder außer acht lassen.

Ich brauche wohl nicht besonders auf die Wichtigkeit der Feststellung aufmerksam zu machen, daß Furchen und Windungen, welche man morphologisch nach ihrer äußeren Gestalt und Lage als homolog bezeichnet, unter dem Gesichtspunkte des cytoarchitektonischen Cortexbaues vielfach nicht als homolog gelten können. Die Grenzen homologer Rindenfelder kümmern sich großenteils nicht um bestimmte Windungen und Furchen. Nachdem Brodmann nachweisen konnte, daß aus dem äußeren Verhalten einer Furche, mag es bei verschiedenen Tiergehirnen noch so ähnlich sein, niemals ein Schluß auf die Homologie des Windungsstückes, in dem die Furche gelegen ist, gezogen werden kann, daß vielmehr die histologische Struktur der verschiedenen Rindenfelder und ihre Abgrenzungen die bestimmenden Faktoren für die Feststellung der anatomisch gleichwertigen Bezirke und überhaupt für eine natürliche Hemisphäreneinteilung sind, hat der unter den Gelehrten bestehende Streit um die Furchenhomologie, wie überhaupt um die Einteilung der Hemisphärenoberfläche nach Furchen und Windungen sehr an Bedeutung verloren und dürfte, von wenigen Ausnahmen abgesehen, vom Standpunkt der vergleichenden Strukturzentrenlehre als „fruchtlos und müßig" bezeichnet werden. Damit war natürlich keineswegs die morphologische Bedeutung der Furchen überhaupt in Abrede gestellt[1]); auch

[1]) Ich erinnere hier an die Ausführungen von Ariëns Kappers im XVII. internationalen medizinischen Kongreß in London 1913: „Cerebral Localization and the Significance of Sulci."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Hilfsmittel der Orientierung werden Furchen und Windungen ihre Bedeutung behalten; maßgebend aber für die Hemisphäreneinteilung ist und bleibt die histologische Struktur. Diese allein ermöglicht nicht nur eine natürliche, sondern auch einheitliche Einteilung der Hemisphärenoberfläche der gesamten Säugerreihe, also auch der furchenlosen glatten Hemisphären.

Außerordentlich klar hat Brodmann diese Tatsache am Stirnhirnproblem beleuchtet, das er vergleichend-anatomisch auf Grund der topographischen histologischen Lokalisation und genauer Oberflächenmessungen eingehend behandelt hat. Er konnte zeigen, „daß der ‚Lobus frontalis' alter Bezeichnung in zwei Hauptabschnitte zerfällt, die sowohl nach ihrem inneren Bau wie auf Grund ihrer Entwicklung als wesensverschieden zu betrachten sind und infolge ihrer Strukturverschiedenheit auch regionär voneinander abgegrenzt werden können: a) ein hinterer Abschnitt, die Regio praecentralis, welcher bei den gyrencephalen Primaten unmittelbar vor der Zentralfurche gelegen ist und nach dem Stande unserer heutigen physiologischen Kenntnisse im großen und ganzen mit der ‚motorischen Rindenzone' zusammenfällt, und b) ein nach vorn von dieser gelegener bis zum Stirnpol und orbitalwärts sich ausdehnender vorderer Abschnitt, die Regio frontalis oder die eigentliche Stirnhirnrinde, deren nähere Funktion für den größten Teil auch beim Menschen noch so gut wie gänzlich unbekannt ist." Diese Stirnhirnrinde ist cytoarchitektonisch so charakteristisch gebaut, daß über die anatomische Gleichwertigkeit dieser „granulären" Stirnhirnrinde bei Mensch und Tier kein Zweifel besteht. Während den niedrigsten Säugetieren zumeist eine Stirnhirnrinde überhaupt noch fehlt, entwickelt sich dieselbe in der Tierreihe aufwärts in zunehmendem Maße nicht nur hinsichtlich der Oberflächengöße, sondern auch in bezug auf ihre Differenzierung in einzeln voneinander zu unterscheidenden Rindenfeldern und erfährt beim Menschen die gewaltigste Entwicklung. So beträgt das Verhältnis der Stirnhirnrinde des Kaninchens 2,2%, beim Hund 6,9%, beim Schimpansen 16,9% und beim Menschen 29% der Gesamtrinde. In derselben Weise führte Brodmann die Untersuchung durch beim Riechhirn (Archipallium), das genau eine umgekehrte Entwicklungsreihe zeigt, ferner bei der präzentralen („elektrisch erregbaren") Region und dem sogenannten histologischen Sehfeld; die beiden letzteren Rindengebiete unterscheiden sich weniger in der relativen Flächengröße als in deren Lage und Flächenverteilung an der Hemisphärenoberfläche. Brodmanns letzte Mitteilung Ende April 1918 beschäftigt sich mit den individuellen Variationen der Sehrinde und ihrer Bedeutung für die Klinik der Hinterhauptsschüsse. Schon früher hatte er sich eingehend über das histologische Sehfeld (Rindenfeld der Fissura calcarina) geäußert. Er konnte zeigen, daß bei primitiven

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Menschenrassen auffallend häufig Anklänge an niedere Zustände, wie sie für Anthropoiden charakteristisch sind, vorkommen.

Derartige Feststellungen auf Grund cytoarchitektonischer Beobachtungen und zahlenmäßiger Bestimmungen leiteten ganz von selbst zu anthropologischen Fragen über. Noch in den letzten Tagen vor seinem Tode war er mit der Sichtung seines Materiales von Hererogehirnen beschäftigt.

Berücksichtigt man die Riesenarbeit, die im Laufe von Jahrzehnten von zahlreichen Forschern auf das bisher in der Morphologie übliche Verfahren der makroskopischen Vergleichung von Gehirnen und Hirnteilen nach äußeren Formverhältnissen, wie Volumen oder Gewicht, Furchenverlauf, Windungstypus, Umfang und Form sowohl in beschreibender wie in vergleichend-anatomischer wie auch in anthropologischer Hinsicht aufgewendet worden ist, so kann man aus dem Vergleich dieser früheren methodisch unzureichenden und in den Ergebnissen irreführenden Betrachtungsweise mit derjenigen der Cytoarchitektonik die gewaltigen Fortschritte in der anatomischen Lokalisationslehre, in der vergleichenden Cortexarchitektonik sowie in den einschlägigen anthropologischen Fragen ermessen, die man in erster Linie Brodmann verdankt.

Nur wer die Entwicklung der Hirnrindenlehre vom cyto-architektonischen Standpunkt aus mit erlebt hat, kann voll und ganz die Verdienste Brodmanns würdigen. Selbstverständlich steht auch er auf den Schultern früherer Forscher. Die Untersuchungen Meynerts (1868), Betz's (1874) und B. Lewis (1878 und 1880) waren die Grundsteine, auf denen weiter gebaut werden konnte. Aber die Technik war noch so unvollkommen, daß die in der Folge zu verzeichnenden Ergebnisse nichts wesentliches Neues brachten. Die Einführung der elektiven Nervenzellenfärbung (1885) ergab zwar klare Bilder der Schichtungsverhältnisse; man sah auch Verschiedenheiten in der Anordnung der Zellen, wenn Stichproben aus verschiedenen Gegenden der Hemisphärenoberfläche genommen wurden, allein ein wirkliches Verständnis für die Bauunterschiede vermittelten solche Ausschnitte nicht. Die ersten mit Benützung der elektiven Nervenzellenfärbung gemachten Arbeiten über die Cytoarchitektonik der Hirnrinde stammen von Hamarberg (1895) und Schlapp (1898). Beide Arbeiten bedeuteten einen deutlichen Fortschritt bezüglich der cytoarchitektonischen Betrachtungsweise der Rinde. Noch vor Brodmann wies S. Bolton (1900) zwei differente Strukturtypen im menschlichen Hinterhauptslappen nach, erkannte auch die Dreiteilung der sogenannten inneren Körnerschicht (Lamina granularis interna) der Calcarinarinde als eine Schicht, aber nicht die scharfe Linie zwischen den beiden occipitalen Nachbarfeldern, die übrigens Schlapp bereits beim Affen gesehen hatte und end-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich nicht die auch hier nachweisbare 2. Schicht (Lamina granularis externa).

Als Brodmann seine Rindenuntersuchungen begann (seine ersten Mitteilungen veröffentlichte er 1903) stieß er auf eine geradezu verwirrende Nomenklatur in der Schichtenbezeichnung, ein Umstand, der fraglos erschwerend und hemmend auf das Verständnis wirkte und dessen Klärung, wie wir gesehen haben, sein großes Verdienst ist.

Ungefähr gleichzeitig oder ein wenig später als Brodmann haben unabhängig von ihm noch andere Forscher cytoarchitektonische Rindenprobleme in Angriff genommen. Zum Teil besteht hierbei eine erfreuliche Übereinstimmung. Aber keiner seiner Vorgänger und Zeitgenossen ist so tief in die vergleichende Cytoarchitektonik der Großhirnrinde der Säugetiere und des Menschen eingedrungen wie er, keiner hat seine Untersuchungen auf eine auch nur annähernd gleiche Anzahl von Tieren und Tiergruppen ausgedehnt, keiner hat das Prinzip einer einheitlichen Betrachtungsweise der vergleichenden Cytoarchitektonik erkannt. Der Ruhm, der Schöpfer der vergleichenden Großhirncytoarchitektonik zu sein, ist ihm daher für alle Zeiten gesichert.

Diesen Ruhm verdankt Brodmann der Erkenntnis einer gleichartigen sechsschichtigen Grundtektonik als ontogenetisches Durchgangsstadium durch die ganze Säugetierreihe, einer bis ins kleinste ausgearbeiteten Methode zur Verfertigung lückenloser und photographierbarer Schnittserien durch die ganzen Hemisphären und der ausgiebigsten Benutzung einer vollendeten mikrophotographischen Technik. Ich glaube mich nicht zu irren, wenn ich vermute, daß bei seinen Untersuchungen das Verhalten der sogenannten beiden Körnerschichten, insbesondere der Lamina granularis interna der leitende Faden war.

Wie bei allen großen Erfolgen in der Naturwissenschaft war auch hier das den Fortschritt bringende Prinzip im Grunde genommen einfach. Gerade aber darin offenbarte sich Brodmanns Forschernatur, daß er das heute fast als selbstverständlich erscheinende Neue zuerst erkannte und gleichzeitig die Mittel und Wege erfand, auf denen das Erkannte zu fruchtbaren Ergebnissen führen mußte. Wie die Erfassung der leitenden Grundsätze seine Forschernatur beweist, so zeigte sich diese auch in der Art der Durchführung. Unentwegt ging er auf das ihm vorschwebende Ziel los. Er sammelte ein ungewöhnlich umfangreiches Untersuchungsmaterial an, mit einer unermüdlichen Arbeitskraft ausgestattet, machte er die mühsamen Detailstudien, bei deren mikroskopischer Analyse er ebenso kritisch wie gründlich vorging. Seiner Bedeutung als Forscher tut es keinen Abbruch, wenn ich hier des glücklichen Milieus gedenke, in dem seine grundlegenden Untersuchungen entstanden sind. Es ist ein Verdienst von Oskar Vogt, die Forschernatur Brodmanns erkannt und ihn 1901 an das von ihm gegründete

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neurobiologische Institut gebracht zu haben. Die hier herrschende Atmosphäre war für Brodmanns Untersuchungen ungemein fördernd. Oskar und Cecilie Vogt hatten ähnliche Probleme wie er, nur von einer anderen, von der myeloarchitektonischen und myelogenetischen Seite in Angriff genommen und hatten dann auch entsprechende physiologische Versuche angestellt. Es liegt auf der Hand, daß die beständigen gegenseitigen Anregungen auf die mühevolle Detailarbeit befruchtend wirkten. Brodmann hat übrigens stets mit größtem Nachdruck auf die Bedeutung der myeloarchitektonischen Untersuchungen und auf die Wichtigkeit der Beziehungen zwischen Cyto- und Myeloarchitektonik hingewiesen. Oskar Vogt hat es verstanden, noch andere Mitarbeiter heranzuziehen, von denen zweifellos auch manche Anregungen[1]) ausgegangen sein mögen. Dazu kommt noch, daß das hervorragend organisierte Vogtsche Institut über geradezu glänzende Hilfsmittel und Hilfskräfte verfügte, die natürlich auch Brodmanns Untersuchungen zugute kamen.

Bei seinen ergebnisreichen Untersuchungen blieb Brodmann sich stets der Grenzen der Anatomie bewußt. Er ist nie der Versuchung erlegen, die Reihe der „schwärmenden Hirnanatomen" Wundts zu vermehren. Sein streng naturwissenschaftliches Vorgehen kommt schon äußerlich dadurch zum Ausdruck, daß er die different gebauten Rindenfelder einfach mit nichtspräjudizierenden Nummern bezeichnet hat, die in der Mammalierreihe homologen Felder natürlich mit gleichen Ziffern. Felderbezeichnungen, wie die von englischen Autoren gebrauchten „audito sensory area", „audito psychic area" usw. hat er als unglückliche Etiketten abgelehnt, weil sie „unerwiesene und vorläufig unbeweisbare Vorstellungen über die physiologische Dignität der betreffenden anatomischen Rindenfelder erwecken, nur irreführend sind und am besten vermieden werden, solange über die funktionelle Bedeutung der einzelnen anatomischen Areae nichts Weiteres bekannt ist". Man

[1]) So mag die Zusammenarbeit mit Bielschowsky am neurobiologischen Institut den Anlaß gegeben haben, daß Brodmann auch das Verhalten der Neurofibrillen in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen hat. Das wenige, das darüber aus seiner Feder vorliegt, ist ein weiterer Beleg für seine Forscherbegabung. Aus seinen Untersuchungen über die Frage, in welcher Reihenfolge Neurofibrillen in den verschiedenen Abschnitten des Nervensystems, speziell in der Hirnrinde, auftreten und ob etwa eine gesetzmäßige Beziehung zwischen dieser Reihe und der zeitlichen Reihenfolge sich nachweisen läßt, in der die Nervenfasern sich mit Mark umhüllen, ergab sich, daß ein einfacher Parallelismus zwischen Myelogenie und Fibrillogenie in dem Cortex des Menschen nicht besteht. Der Vorgang der Neurofibrillenreifung in den Nervenzellen und eine solche außerhalb der Nervenzellen ist nicht einheitlich. „Beide Prozesse sind ganz verschiedener Art und verlaufen zeitlich unabhängig voneinander und vollziehen sich auch territorisch in ganz verschiedener Weise." Beziehungen der Neurofibrillisation zu cytoarchitektonischen Feldern konnte er nicht auffinden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

würde aber ein ganz falsches Bild von seiner Persönlichkeit erhalten, wenn man aus solchen Äußerungen den Schluß zöge, daß es ihm nur um beschreibende Untersuchungen zu tun war. Die Anatomie war ihm nie Selbstzweck, wohl aber die sicherste Grundlage für die Erreichung des Endzieles. Die Funktion schafft sich ihre Formen. Das war der ihn bei seinen Untersuchungen leitende Gedanke. Ausgehend von dem unbestreitbaren Axiom, physiologisch ungleichwertige Teile haben einen ungleichen Bau, betrachtete er es als logisches Postulat, daß jedes Rindenfeld von spezifischem histologischem Bau eine spezifische physiologische Dignität haben muß, daß also alle die verschiedenartig gebauten Rindenfelder auch verschiedenen Verrichtungen vorstehen. „Nicht in dem Sinne freilich, wie es vielfach geschehen ist, daß man Komplexe seelischer Vorgänge oder Eigenschaften in räumlich abgesteckte Territorien einordnet, sondern in dem einzig berechtigten Sinne Wernickes, welcher nur die elementarsten zentralen Verrichtungen bestimmten Stellen der Großhirnrinde zuordnet. In diesem Sinne könnte man vielleicht den Mosaik der Großhirnoberfläche, wie es uns die cytoarchitektonische Differenzierung der Hirnrinde enthüllt hat, mit den Tasten einer Klaviatur vergleichen. Eine Taste erzeugt keinen Akkord, das Zusammenspiel mehrerer erst gibt Melodie und Musik; und ebenso: von einem einzelnen Strukturzentrum wird man keine höhere Leistung, kein Bewußtseinsphänomen erwarten, aus dem Ineinanderwirken der Vielheit, vielleicht sogar der Gesamtheit der Rindenorgane erst entspringen psychische Geschehnisse . . . In der anatomischen Vereinfachung des Rindenbaues bei niederen Säugetieren, die sich besonders auch in der geringeren Zahl corticaler Areae kundgibt, dürfen wir eine starke Stütze für diese Anschauung erblicken. Welchen elementaren Verrichtungen aber die Mehrheit der einzelnen Areae vorsteht, darüber muß uns Klinik und Physiologie und neben diesen Disziplinen für einige genetisch fundamentale Felder die vergleichende Rindenlokalisation Aufschluß bringen."

Die Minderheit der anatomisch umgrenzten Rindengebiete, über deren physiologische Verrichtungen wir überhaupt etwas wissen, ist in der Tat außerordentlich klein. Im Grunde genommen steht nur fest, daß die „präzentrale Hauptregion" (speziell das sogenannte Rindenfeld 4) nicht nur im großen ganzen zusammenfällt mit dem „elektrisch erregbaren" Rindenfeld, sondern auch mit den Ergebnissen der Ausfallserscheinungen nach Exstirpationsversuchen sowie mit den klinischen Erfahrungen. Man darf daher wohl sagen, daß die präzentrale Hauptregion sicher in irgendwelchen Beziehungen steht zu motorischen Rindenfunktionen. Ebenso sicher ist der Zusammenhang des sogenannten Rindenfeldes 17 zur corticalen Sehfunktion. Dagegen sind die Akten noch nicht definitiv darüber geschlossen, ob das corticale Sehen aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schließlich nur mit dem Feld 17 in Beziehung steht oder ob noch andere Felder des Occipitallappens daran teilnehmen[1]).

Über die Rindenfelder, die mit dem corticalen Hören in Beziehung stehen, weiß man noch gar nichts Sicheres. Nur hinsichtlich des einen Punktes sind alle histologischen Forscher ziemlich einig, daß die Gyri transversi einschließlich der ersten Temporalwindung gemeinsame cytoarchitektonische Merkmale besitzen; gerade aber der „so überaus charakteristische" Zell- und Faserbau dieser sogenannten Regio supratemporalis (Feld 41, 42 und 52) fehlt den Tieren, ist nur dem Menschen eigentümlich.

Die Antwort auf die Frage nach den Beziehungen zwischen cytoarchitektonischer Felderumgrenzung und der Zuteilung spezieller funktioneller Verrichtungen fällt also äußerst bescheiden aus. Trotzdem aber ist dieses wenige für die Bedeutsamkeit der cytoarchitektonischen Felderung überzeugend.

Brodmanns Anschauungen über die Beziehungen zwischen den cytoarchitektonisch abgegrenzten Rindenfeldern und ihren Leistungen stützen sich, wie wir gesehen haben, auf das logische Postulat, daß jedes Rindenfeld von spezifischem histologischem Bau eine spezifische physiologische Dignität haben muß. Es ist durch eine Reihe von Tatsachen festgestellt, daß dieser Satz für das elektrisch erregbare Rindenfeld und für die Area striata (d. h. die dem Calcarina-Rindentypus homologen Felder), zutrifft. Es ist daher nicht unberechtigt, diesen Satz auch auf andere Felder anzuwenden. Diese Berechtigung hat aber zur Voraussetzung, daß die umgrenzten Felder einen spezifisch histologischen Bau besitzen. Hier stoßen wir auf den springenden Punkt der Rindencytoarchitektonik. Welche Merkmale sind es, die einem abgegrenzten Rindenfeld das histologisch Besondere aufdrücken? Nach Brodmann gründet sich die Lehre von den örtlichen Verschiedenheiten in der Cytoarchitektonik der Rinde auf folgende Kriterien: auf die Zahl und besondere Ausbildung der Einzelschichten, auf die Dichtigkeit und Größe

[1]) Ich möchte an dieser Stelle daran erinnern, daß mehrere Autoren vielfach die sog. Regio retrosplenialis (Feld 29), die dem Althirn angehört, mit der Sehrinde bei Rodentiern, Ungulaten, Insectivoren, also mit Feld 17 verwechselt haben. Erst Brodmann war es vorbehalten, Klarheit in diese Angelegenheit zu bringen. Einer unserer ersten Hirnforscher glaubte vor vielen Jahren beim Kaninchen eine Stelle exstirpiert zu haben, die nach der Lage der Munkschen Sehsphäre entsprach, die übrigens cytoarchitektonisch absolut nichts mit dem histologischen Sehfeld zu tun hat. Er war überzeugt, daß er das Sehfeld exstirpiert hatte, weil das Corpus gen. ext. atrophierte. Und doch besteht nach seiner Abbildung nicht der geringste Zweifel, daß er lediglich Teile der Regio retrosplenialis entfernt hatte. Die Atrophie des Corpus gen. ext. war natürlich auf eine Mitverletzung der vom Corpus gen. ext. nach der Rinde ziehenden Fasern zurückzuführen. Das ist ein greifbares Beispiel für den Wert und die Bedeutung der Cytoarchitektonik.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der zelligen Elemente, auf den Gesamtquerschnitt und innerhalb einzelner Schichten auf die Ausbildung bestimmter Zellformen, auf die Breite der Gesamtrinde und auf das relative Breitenverhältnis der verschiedenen Schichten zueinander.

Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß der Wegfall eines ganzen Zellenverbandes, wie er in den Schichten zum Ausdruck kommt, oder die Vermehrung solcher Verbände infolge von Spaltungen einer tektonischen Grundschicht dem Gesamtquerschnitt etwas histologisch Besonderes verleiht. Auch wo besondere Zellformen in einem Rindenfeld auftauchen, haben wir ein histologisches Merkmal spezifischer Art. Schon viel weniger eindeutig sind die übrigen Kriterien, es müßte denn sein, daß, wie es tatsächlich an einzelnen Stellen der Fall ist, die diesbezüglichen Unterschiede äußerst augenfällig sind. Mit allem Nachdruck hat Brodmann betont, daß bei der Umgrenzung von verschiedenen Rindenfeldern nicht das Verhalten einer einzelnen Schicht oder gar der einzelnen Zellen, sondern stets nur die gesamte Querschnittstektonik einer bestimmten Rindenstelle maßgebend sein darf. In geradezu klassischer Weise entsprechen die beiden Rindengebiete, von denen wir sicher wissen, daß sie mit verschiedenen Funktionen in Beziehung stehen, allen kritischen Anforderungen in bezug auf ihren spezifisch histologischen Bau. Die Sachlage wird aber mit einem Schlage anders, wenn wir nicht so in die Augen springende different gebaute Gebiete zum Vorwurf nehmen, sondern sich nur wenig voneinander unterscheidende Regionen, wie z. B. die temporale und die angrenzende parietale Region oder gar die Umgrenzung von Einzelfeldern. Genügen hier die Kriterien der Schichtbreite, der Zelldichtigkeit, der Zellgröße, um auf Grund der Art ihrer besonderen Verteilung im Gesamtquerschnitt die anatomische Besonderheit von Rindenfeldern zu begründen[1]) und aus einer solchen anatomischen Besonderheit auf besondere Verrichtungen zu schließen?

Ich habe Brodmann gegenüber, der bei derartigen Einwänden stets darauf hinwies, daß die cytoarchitektonischen Felderumgrenzungen auch durch die Myeloarchitektonik bestätigt werden, stets mit Nachdruck betont, daß die auf rein beschreibendem Wege gewonnenen Ergebnisse der Felderumgrenzungen zu Schlüssen auf verschiedene Verrichtungen nur da berechtigen, wo die Bauunterschiede greifbar und die histologischen Besonderheiten für jedermann objektiv aufzeigbar sind, daß aber die größte Zurückhaltung bezüglich der Berechtigung solcher Felderumgrenzungen geboten ist, bei deren Grenzbestimmung mit sogenannten Überlagerungen oder mit jenen Kriterien operiert wird, über deren Bedeutung wir noch gar nichts wissen, bei deren Grenz-

[1]) Im großen ganzen wird der Kundige aus einem ihm vorgelegten Hirnschnitte, ohne zu wissen woher, die Örtlichkeit richtig erkennen; aber erkennt er auch in solchen Hirnrindenschnitten Einzelfelder?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bestimmung übrigens vielfach nicht immer für jedermann klar aufzeigbare objektive Merkmale, sondern der subjektive Eindruck des in solchen Untersuchungen besonders geschulten und erfahrenen Untersuchers ausschlaggebend ist. Ich habe Brodmann gegenüber den Standpunkt eingenommen, daß die Berechtigung mancher auf beschreibendem Wege gewonnenen Felderumgrenzung durch noch andere Kriterien erwiesen werden müsse. Es bedarf wohl keines besonderen Hinweises darauf, daß bei der Kompliziertheit der Rindenfunktion das physiologische Experiment oder gar klinische Erfahrungen nur in ganz minimalem Grade zur Zeit imstande sind, solche Kriterien zu liefern. Soweit ich die Sachlage zu übersehen imstande bin, kann zur Zeit solche Kriterien in ausgiebigerem Grade nur das anatomische Experiment liefern. Da wir wissen, daß die ganze Rinde mit fast sämtlichen Thalamuskernen direkt verknüpft ist, und da wiederum unbestreitbar ist, daß die einzelnen Thalamuskerne verschieden gebaut sind, so erblicke ich in dem Nachweis der direkten Verknüpfung der auf deskriptivem Wege gewonnenen Felderbegrenzung mit je einem verschieden gebauten Thalamuskern und nur mit diesen ein sicheres Kriterium für die Richtigkeit der auf beschreibendem Wege gewonnenen Felderbegrenzung.

Bei solchen Diskussionen trat die Forschernatur Brodmanns, der doch wahrhaftig allen Grund hatte, auf das von ihm Erreichte stolz zu sein, klar hervor. Ich bin dem Schicksal dankbar, daß ich mit ihm derartige Fragen noch eingehend erörtern durfte. Er gab durchaus nicht ohne weiteres zu, daß manche Felder mehr nach subjektivem Ermessen als nach objektiven, für jedermann aufzeigbaren Kriterien abgegrenzt seien und ich hatte wiederholt Gelegenheit, seine Fähigkeit zu bewundern, da objektiv greifbare besondere Merkmale herauszuholen, wo ich solche nicht erkennen konnte. Auf der anderen Seite aber empfand er lebhaft nicht nur die Zweckmäßigkeit, sondern für manche Rindengebiete auch die dringende Notwendigkeit, die auf beschreibendem Wege gefundene Umgrenzung durch experimentell-anatomische Untersuchungen noch besser zu sichern. Mit der ihm eigenen Begeisterungsfähigkeit verfolgte er meine in dieser Richtung sich bewegenden derzeitigen Untersuchungen und war überzeugt, daß sich auf dem von mir eingeschlagenen Wege die Richtigkeit seiner Hirnkarte des Kaninchens bestätigen wird. Ich sehe noch heute seine Augen glänzen, als ich ihm an der Hand meiner Präparate demonstrieren konnte, daß die Rindenfelder 24 und 32 beim Kaninchen ausschließlich mit einem sehr charakteristisch gebauten Thalamuskern direkt verbunden sind. Es würde zu weit führen, das hier zu erzählen, was er mir im Anschluß an diese Feststellung in vergleichend-anatomischer Beziehung darlegte. Soweit ich von dem betreffenden homologen Thalamuskern bei anderen Tieren unterrichtet war, ergab sich eine erfreuliche Übereinstimmung zwischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Entwicklung der genannten Felder und der Entwicklung der entsprechenden Thalamuskerne — ein aussichtsreicher neuer Weg der vergleichenden Cortexorganologie. Man wird an der Hand eines solchen einzigen Beispieles den Jammer begreifen, der uns erfaßt hat, als er von uns hinweggerafft wurde.

Wie wir gesehen haben, ergab sich aus dem Gange seiner Untersuchungen die der cytoarchitektonischen Lokalisationslehre zugrunde liegende Betrachtung der Tektonik des ganzen Rindenquerschnittes als Gliederungsprinzip gewissermaßen von selbst. Die sichere Feststellung, daß zwei nach diesem Gliederungsprinzip umgrenzte Rindengebiete mit verschiedenen Funktionen in Beziehung stehen und daß auf diesem Wege die Homologisierung von Hauptregionen durch die Säugerreihe gelungen ist, ist ein Beweis für die Brauchbarkeit dieses Gliederungsprinzipes. Allein trotzdem wird man hierbei nicht stehenbleiben, und es läßt sich nicht leugnen, daß die Kritik manches gegen das von Brodmann durchgeführte Gliederungsprinzip einzuwenden berechtigt ist.

Wenn wir wieder von den beiden außerordentlich scharf umrissenen Rindenfeldern, über deren Funktionen wir wenigstens etwas wissen, ausgehen, so kann heute niemand sagen, ob der Gesamtquerschnitt dieser Rindenfelder, auf dessen Verschiedenheit ihre Abgrenzung beruht, mit motorischen Verrichtungen und mit dem corticalen Sehen etwas zu tun hat oder ob mit diesen Verrichtungen nur Teile des Gesamtquerschnittes, z. B. nur einzelne Schichten in Beziehung stehen. Hier allerdings ist diese Frage zunächst ziemlich gleichgültig; das Wesentliche ist zunächst die Tatsache, daß wir zweifellos im Gesamtquerschnitt different gebaute Rindenfelder vor uns haben. Wesentlich anders ist die Sachlage, wenn die Umgrenzung der Felderung lediglich darauf beruht, daß bei sonst sich gleichbleibender histologischer Architektur innerhalb eines gewissen Gebietes lediglich innerhalb einer einzigen Schicht Veränderungen auftreten. Es liegt hier ungemein nahe, sich die Frage vorzulegen, ob das von Brodmann gewählte anatomische Gliederungsprinzip die Grundlage auch für das physiologische sein muß, ob die Tektonik des Gesamtquerschnittes wirklich die Einheit ist, auf der auch die physiologische Lokalisation beruht. Brodmann hat sich natürlich diese Fragen selbst gestellt und in den Erörterungen hierüber der Lokalisation der Felder auf Grund in sich gleichartiger Architektur des Gesamtquerschnittes die Lokalisation nach histologischen Einzelelementen und die Lokalisation nach Zellschichten kritisch gegenübergestellt, wobei er zu dem Ergebnis kam, daß es ihm „scheinen will, als ob für eine rein stratigraphische Betrachtung“ (Lokalisation nach Schichten) die Zeit noch ebensowenig gekommen ist, wie für die Elementarlokalisation.

Wenn ich Brodmann vollkommen darin beistimme, daß das Prinzip der Feldergliederung auf Grund der Tektonik des Gesamtquerschnittes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heute vom praktischen Standpunkt aus das brauchbarste ist, so vermag ich mich doch nicht seinem Urteil über das stratigraphische Lokalisationsprinzp vollkommen anzuschließen.

Ich möchte an dieser Stelle nur auf die auch von Brodmann bestätigte wichtige Tatsache hinweisen, daß von den Rindenschichten die inneren zuerst in der Phylogenese reifen, ferner „daß die innere Hauptzone bei niederen Sippen häufiger die äußere Hauptzone an Breite überwiegt als dies bei höheren und speziell beim Menschen der Fall ist". Ferner beziehe ich mich auf die beim Kaninchen festgestellte Tatsache, daß die beiden inneren Schichten mit den tieferen Gehirnteilen unvergleichlich weit inniger und stärker als mit den äußeren Schichten verknüpft sind. Endlich darf ich an die von Ariëns Kappers angeführten Tatsachen erinnern, die er gegenüber der von Brodmann gegen seine diesbezüglichen Anschauungen geübten Kritik geltend gemacht hat und die sich dahin zusammenfassen lassen, daß die supragranulären Pyramiden (II. und III. Schicht) sich ontogenetisch und phylogenetisch später entwickeln und daher wohl den zuletzt akquirierten Funktionen dienen, sowie, daß sie nach experimentellen und anatomischen Ergebnissen nicht projektive und commissurelle Fasern, also Fasern aussenden, deren Bahnen sich innerhalb des Cortex derselben Hemisphäre halten. Diese Tatsachen sprechen meines Erachtens ein sehr gewichtiges Wort zugunsten eines anatomisch begründeten Funktionsunterschiedes zwischen den inneren und äußeren Schichten des Rindenquerschnittes. Mit anderen Worten: es erscheint mir noch nicht erwiesen, daß Brodmanns Gliederungsprinzip dem stratigraphischen Prinzip überlegen ist.

Ich begnüge mich mit der Hervorhebung dieser mir wesentlich erscheinenden Punkte, zu denen die Kritik Stellung zu nehmen hat.

Selbstverständlich findet sich unter dem vielen, was wir Brodmann verdanken, noch manches, was für den Kritiker angreifbar erscheint. Wo Licht ist, gibt es auch Schatten. Gerade der Umstand, daß man an Brodmanns Arbeiten die schärfste Kritik üben kann, ohne daß dadurch seine Lebensarbeit an Bedeutsamkeit verliert, zeigt uns ihren wahren Wert. Weder derjenige, welcher Brodmanns Bedeutung nach der Zahl der von ihm umgrenzten Felder einschätzt, noch derjenige, der vielleicht an irgendeinem Tiere oder beim Menschen zu zeigen vermag, daß die von ihm gezeichnete Hirnkarte da oder dort angeifbar ist, hat seine Bedeutung erfaßt. Diese beruht nicht auf Einzelheiten, sondern in seiner großzügigen Durchforschung der Rinde durch die ganze Säugetierreihe von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus. Mag die Zukunft seinem Gliederungsprinzip Recht geben oder nicht, das steht heute schon fest, daß es sich praktisch bewährt und brauchbar erwiesen hat für die Aufstellung der Hauptregionen und daß dadurch eine gesicherte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grundlage für die Homologielehre der Großhirnrinde ermöglicht wurde. Das ist die Basis, auf der weitergebaut werden kann und auf der auch die Diskussion über strittige Punkte fruchtbar weitergeführt werden kann. Eine Überfülle von neuen Problemen eröffnet sich der Zukunft. Eines derselben habe ich schon angedeutet. Nachdem die Homologie der Hauptregionen durch die ganze Säugetierreihe durchgeführt worden ist, liegt es nahe, die Tiere nicht nur nach der Stellung zu untersuchen, welche sie in der Phylogenese einnehmen, sondern auch nach der Ausbildung jener Sinnesorgane, welche für das Leben der einzelnen Sippen von besonderer Bedeutung sind. Auf diese Weise ist zu hoffen, daß unsere Kenntnisse der Beziehungen zwischen anatomischer Lokalisation und Funktion sich vermehren und daß derartige Ergebnisse auch auf anatomisch gleichwertige Rindenfelder des Menschen übertragen werden können. Umgekehrt macht die Anatomie durch Feststellung different gebauter Felder die Physiologie aufmerksam auf Orte mit besonderen Verrichtungen. Die Ausnützung der anatomischen Lokalisation durch vergleichende Untersuchungen bei verschiedenen Menschenrassen eröffnet eine Reihe von Perspektiven in anthropologischer Hinsicht. Zu der Lehre vom Menschen und seiner Stellung in der Natur hat die anatomische Lokalisation bereits wichtige Beiträge geleistet; ich erinnere nur an die Regio supratemporalis. Es ist nicht übertrieben, wenn wir von ihr noch manche weitere Aufschlüsse erwarten. Heute noch unabsehbar ist der Nutzen, den die Histopathologie der Hirnrindenerkrankungen von der Lehre der anatomischen Lokalisation erwarten darf. Hier ist das Verbindungsglied zwischen ihr und der Psychiatrie und Neurologie zu suchen. Ganz abgesehen davon, daß die anatomische Lokalisation eine sichere und reale topographische Orientierung ermöglicht, kann nunmehr die Histopathologie auch mit ganz anderem Erfolg als bisher neben der Feststellung der jeweiligen Art der Erkrankung auch die jeweilige örtliche Ausbreitung des Rindenprozesses verfolgen. Für die Lehre der Schwachsinnsformen und der Idiotie hat die anatomische Lokalisationslehre schon wichtige Beiträge geliefert. Aus dem Parallelismus zwischen ausgesprochen anatomischen Abweichungen und der besonderen Ausprägung im klinischen Verhalten lassen sich vielleicht bemerkenswerte Hirnlokalisationsschlüsse ziehen. Unter Berücksichtigung der ontogenetischen Verhältnisse ist zu erwarten, daß mehr Licht als bisher auf Entwicklungshemmungen, gewissermaßen auf Dauerzustände embryonaler Schichtungsverhältnisse, geworfen wird. Für die Neurologie verspricht die anatomische Lokalisation wertvolle Ergebnisse bei einzelnen Systemerkrankungen.

Mit einem Worte: wir verstehen Kraepelin vollständig, daß er bei der Gründung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie die Errichtung einer topographisch-histologischen Abteilung ins Auge

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

faßte und als Leiter derselben Brodmann gewann. Durch seinen Tod sind die großen Hoffnungen, die wir auf sein Schaffen gesetzt haben, zunichte geworden. • Und was das schlimmste ist: in einem gewissen Sinne ist sein Verlust unersetzlich. Es gibt keinen zweiten Forscher in Deutschland, der über das Maß von rindencytoarchitektonischem Wissen und Können verfügt wie er.

Aber dankbar wird für alle Zeiten die Wissenschaft sein, daß der Schöpfer der vergleichenden Rindencytoarchitektonik der Säugetiere ihr eine sichere Grundlage verschafft hat, auf der mit Erfolg weitergebaut werden kann!

Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Über Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen.

Von
Prof. **Ewald Stier.**[1])

(Eingegangen am 3. Dezember 1918.)

Die Frage, ob wir berechtigt sind, schon jetzt mit dem schwierigen und komplizierten Problem der Erkennung und Fürsorge für psychopathische Kinder und Jugendliche an eine breitere Öffentlichkeit zu treten, mag verschieden beantwortet werden. Zugeben müssen wir, daß es vom rein wissenschaftlichen Standpunkt gesehen vielleicht besser wäre, die Basis der Erfahrungen auf diesem Gebiet erst noch zu verbreitern und so den aus ihnen gezogenen Schlußfolgerungen eine bindendere Kraft zu geben als es heute möglich ist, wo noch so viele der hier in Betracht zu ziehenden Einzelprobleme wissenschaftlich erst angeschnitten sind und einer wirklichen Lösung noch nicht haben zugeführt werden können.

Wenn wir trotzdem diese an sich ernsten Bedenken beiseite stellen und uns schon jetzt bemühen wollen, weitere Kreise für dies scheinbar kleine Sonderproblem zu interessieren, so leitet uns dabei einmal der Gedanke, daß auch die theoretische Forschung durch die Zusammenarbeit mit einer erweiterten praktischen Fürsorge und der dadurch für uns erweiterten Beobachtungsmöglichkeit wesentliche Förderung für sich selbst erhoffen kann, dann aber, und vor allem, der andere Gedanke, daß in der heutigen ernsten Zeit alle nur denkbaren Wege und Möglichkeiten erschöpft werden müssen, um das heranwachsende Geschlecht vor sozialem und sittlichem Fehlgehen zu bewahren und ihm zu gedeihlicher Entwicklung zu verhelfen.

Im Gegensatz zu dem Begriff des Schwachsinns, also der krankhaften Minderwertigkeit auf dem Gebiete des Intellekts bezeichnen wir als Psychopathie eine krankhafte Minderwertigkeit auf dem Gebiete des Gefühls- und Willenslebens. Die möglichst reinliche Scheidung beider Arten von Störungen, die naturgemäß nicht selten auch in dem gleichen Individuum vereint vorkommen, ist so-

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten in Berlin am 18. X. 1918 auf der von der „Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge" veranlaßten „Tagung zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl allgemein wie im Einzelfalle, theoretisch wie praktisch, eine schwierige aber wichtige Aufgabe für uns.

Es erhellt von selbst, daß bei der ungeheuren Kompliziertheit und der schweren Greifbarkeit der einzelnen psychischen Funktionen bei den Psychopathen, der Versuch einer einfachen Gradabstufung nach der Intensität der einzelnen Störungen, wie er der Einteilung des Schwachsinns in seinen einzelnen Formen zugrunde liegt, versagt, und daß erst durch ein kunstvolles Mosaikbild aus den im Einzelfalle sich findenden Abweichungen die in ihrer Gesamtheit krankhafte Persönlichkeit zur wirklichen Darstellung gebracht werden kann.

Es bedarf daher keiner Begründung für die Tatsache, daß uns Tests im Sinne der Binet-Simonschen Methode, die uns ermöglichen könnten, rasch und sicher auch die Störungen des Gefühls- und Willenslebens zu objektivieren oder gar zu messen, nicht zur Verfügung stehen und auch nicht zur Verfügung stehen werden. Wir werden vielmehr, und wohl für immer, resignierend uns darauf beschränken müssen, aus der unendlichen Mannigfaltigkeit der hier denkbaren und tatsächlich beobachteten Abweichungen gewisse im Einzelfalle im Vordergrunde des Bildes stehende, besonders intensive Abweichungen herauszuheben und ferner zu untersuchen, ob und in welchem Maße bestimmte Formen dieser Störungen mit mehr oder minder gesetzmäßiger Häufigkeit miteinander verkuppelt sind zu fertigen Syndromen, also Symptomkomplexen, die der ganzen Persönlichkeit den Stempel eines bestimmten Typus aufdrücken. Ob die Aufstellung solcher Typen innere Berechtigung verdient und ob das Einzelindividuum einem dieser Typen tatsächlich zugerechnet werden kann, das werden wir dann, als Probe auf das Exempel, daraus erkennen, ob der betreffende Mensch auf die Reize der Außenwelt und bestimmte Situationen, in die er versetzt wird, so reagiert, und in seinem weiteren Leben sich so entwickelt, wie wir auf Grund unserer Erfahrungen bei diesem Typus es erwartet und vorausgesagt haben.

Der Mangel an einer Methodik zur leichten und schnellen Objektivierbarkeit der Störungen des Gefühls- und Willenslebens und die ungeheure Mannigfaltigkeit der möglichen Abweichungen in den Einzelkomponenten sind aber nicht die einzigen Schwierigkeiten, die uns bei der Erkennung der Psychopathie entgegenstehen.

Ihnen gleichwertig sind oft die Schwierigkeiten der Diagnosestellung bei dem Versuch einer Abgrenzung der konstitutionellen Psychopathie gegenüber der echten Geisteskrankheit und gegenüber den noch in das Gebiet des Physiologischen fallenden Charaktertypen und individuellen Persönlichkeitsvariationen. Die Schwierigkeiten sind besonders groß zur Zeit der Pubertät, wo durch das plötzliche Einbrechen neuer triebhafter Regungen aus dem Unter- und Halbbewußten in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das schon relativ fertige psychische Leben des Knaben oder Mädchens Mißklänge und zeitweilige Störungen des seelischen Gleichgewichts schon normalerweise nicht ganz auszubleiben pflegen. Die Frage, ob es sich in solchen Fällen um die erste Welle einer als echte Geisteskrankheit anzusehenden Verschiebung der affektiven Gleichgewichtslage im Sinne einer Phase des manisch-depressiven Irreseins bzw. und noch häufiger, um den Anfang einer zu Destruktion oder völligem Zerfall der Persönlichkeit führenden Krankheit im Sinne des Jugendirreseins handelt, oder ob wir schließlich doch nur eine psychopathische Persönlichkeit vor uns haben, die auf die Pubertätsumwandlung nur besonders intensiv reagiert, diese Frage ist heute manchmal selbst durch eine kurze Anstaltsbeobachtung nur schwer mit völliger Sicherheit zu beantworten. Auf die für diese Unterscheidungen maßgebenden psychiatrischen Gesichtspunkte soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

Praktisch von größerer Bedeutung ist eine weitere Schwierigkeit in der Erkennung, die darin liegt, daß alle Kinder und Jugendlichen ihrer unfertigen Natur entsprechend schon normalerweise in erhöhtem Maße durch Einwirkungen der Außenwelt beeinflußt werden und bei ungünstigen Einflüssen solcher Art zu unerfreulichen Reaktionen und antisozialem, ja auch gesetzlich strafbarem Handeln geführt werden, ohne daß derartige Reaktionen der Ausdruck einer krankhaften Störung des Gefühls- und Willenslebens zu sein brauchen. Da aber andererseits Wut- und Zornausbrüche, Fortlaufen und Herumtreiben, Diebstähle und Roheitsdelikte bei echten Psychopathen, ihrer abnormen Artung entsprechend, besonders häufig die krankhafte Reaktion einer abnormen Anlage auf die Einflüsse der Außenwelt darstellen und diese Symptome um so eher und stärker sich bemerkbar machen werden, je schlechter das Milieu ist, so werden wir nur ausnahmsweise und bei nachweislich bestem Milieu aus diesen Reaktionen allein einen leidlich sicheren Schluß auf krankhafte Grundlage stellen können, in allen anderen Fällen aber werden wir unsere Diagnose auf einem sehr viel schwieriger zu beschaffenden Untersuchungs- und Beobachtungsmaterial aufbauen müssen.

Als Vorbild für die Art und Richtung unserer Untersuchungen, aus denen eine Erkennung der Psychopathie erwachsen soll, kann am besten die Methodik gelten, die der Schaffung der Binet-Simonschen Intelligenzprüfung zugrunde gelegen hat. Sie fußt auf dem Gedanken, daß das tatsächliche, vor allem das schulmäßige Wissen eines Kindes nur in beschränktem Maße für die Beurteilung der Intelligenz, d. h. der Ausbildungsfähigkeit der Verstandeskräfte, herangezogen werden kann, weil ja dies tatsächliche Wissen in hohem Grade von der Gelegenheit zur Entwicklung der Verstandeskräfte, also von der Art des Unterrichts und der Ausbildung in Haus und Schule abhängt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ebenso also wie der Mangel an Kenntnissen nicht für den Schwachsinn, so kann auch das unsoziale oder unmoralische Handeln nicht charakteristisch sein für die Psychopathie; auch hier müssen wir vielmehr versuchen festzustellen, ob nicht in der Anlage begründete Mängel der Entwicklungsfähigkeit des Gefühls- und Willenslebens zu feineren und sozial brauchbaren Formen vorliegen, also Störungen in der Intensität der triebhaften Regungen und Gefühle, ihren Maßbeziehungen zueinander und ihrer Beeinflußbarkeit durch Erziehung und Erlebnisse.

Um auch auf diesem Gebiete das durch Milieueinflüsse, also bis zu gewissem Grade zufällig an das Individuum Herangetretene tunlichst auszuschalten und so von innen heraus das gleichsam von selbst Gewordene zu erkennen, müssen wir zunächst versuchen, die fraglichen psychischen Reaktionen aus dem frühesten Lebensalter des Individuums in Erfahrung zu bringen, wo sie sich noch in größerer Reinheit und geringster Komplizierung mit intellektuellen Elementen vorfinden, dann aber auch, aus dem uns vorliegenden psychischen Zustand heraus analysierend diejenigen elementaren endogenen Faktoren herauszuschälen, die für den Aufbau der mehr oder minder abnormen Persönlichkeit von entscheidender Bedeutung geworden sind.

Zu diesem Behufe aber müssen wir uns einmal klar machen, daß, wie der Tübinger Psychologe und Pädagoge Karl Groos in seinem schönen Buch über „das Seelenleben des Kindes" es einmal ausdrückt, unter der lichten Welt des vernünftigen Wollens, in der sich der Mensch auf Grund einsichtiger Überlegung mit Bewußtsein Zwecke setzt, das „Tierische im Menschen" sich ausdehnt, ein dunkles Reich von Impulsen, die nicht der vernünftigen Überlegung, sondern ererbten Dispositionen des psychophysischen Organismus entspringen und daher dem Verstande oft wie fremdartige, aus den geheimnisvollen Tiefen des Seelenlebens aufsteigende Mächte erscheinen. Diese Impulse mit den sie begleitenden, immer starken Gefühlen müssen biologisch, teleologisch und grundsätzlich als zweckmäßige Impulse aufgefaßt werden, insofern als sie der Erhaltung des Individuums und der Art dienen. In den Mechanismus dieser für die Art konstanten psychischen Grundelemente greifen dann die ersten verstandesmäßig verarbeiteten Erfahrungen des Individuallebens zunächst nur hemmend und regulierend ein; aus ihrer Wechselwirkung entsteht dann später erst und allmählich, als höheres Stockwerk gleichsam, das fertige, so hoch komplizierte psychische Leben des Erwachsenen mit seinen klar bewußten Zielen und seinen abgestuften Willenshandlungen.

Die Einzelgestaltung und Kraft dieser in letzter Linie triebmäßigen, uralten, für Erhaltung des Individuums und der Art unerläßlichen Impulse mit ihrem starken Gefühlswerte aber bilden das Bleibende,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bilden den Kern der Persönlichkeit, zugleich aber auch dasjenige, was als dispositioneller, die gleiche Art von Persönlichkeit schaffender Faktor erblich übertragen wird. Erhaltung des eigenen Lebens durch Beschaffung und Einverleibung der Nahrung, Selbstbehauptung durch Beherrschung der toten und lebenden Umwelt, das sind die dirigierenden Triebe im ganzen Leben; zu ihnen kommt von der Pubertät an der Trieb zur Fortpflanzung der Art und auf diesem erblüht der feinste, am meisten intellektualisierte Trieb zur Pflege und zum Schutz der Nachkommenschaft, zur Erhaltung und Förderung der Familie, der Sippe, der Nation. Alles was der Befriedigung dieser triebhaften Tendenzen förderlich ist, wird als Lust empfunden und drängt zur Wiederholung, was ihr entgegensteht, wird als Unlust empfunden und nach Kräften vermieden oder beseitigt. Ein höheres und feineres, sittliches und soziales Fühlen und Handeln ist nur möglich, wenn diese Grundelemente des Fühlens und Wollens für sich genommen und in ihrem Verhältnis zueinander von normaler Stärke sind, so daß sie durch Erziehung und individuelles Erleben in richtiger Weise gehemmt, reguliert, ausgebaut und damit auf eine höhere Stufe der Entwicklung gehoben werden können. Störungen in der Stärke und den Maßbeziehungen dieser Grundelemente aber müssen schon unter dem Einfluß normaler, ungleich viel mehr aber unter dem Einfluß von schädlichen Lebensreizen und Milieueinwirkungen zu einer Verzerrung, zu einer Disharmonie der Gesamtpersönlichkeit führen, die wir eben konstitutionelle Psychopathie nennen; diese Störungen zu erkennen und richtig zu bewerten ist die Voraussetzung für die Diagnose eines psychopathischen Zustandes überhaupt und seiner speziellen Formen im besonderen.

Trotz voller Einsicht in die Tatsache, daß die Natur Sprünge nicht macht, daß eine reinliche Scheidung der gesunden und der abnormen, in sich einheitlichen Persönlichkeiten in feste Gruppen und Untergruppen nicht möglich ist, und nach jeder Richtung Übergänge und seltenere Kombinationen beobachtet werden, glaube ich doch, daß eine gewisse Zweiteilung der kindlichen Psychopathen durchführbar ist, wenn wir die Intensität der triebhaften Tendenzen und Gefühle zum obersten Teilungsprinzip wählen.

Als erste Hauptgruppe ergäbe sich dann die Masse derjenigen Kinder, bei denen alle triebhaften Tendenzen und die ihnen zugehörigen Elementargefühle nicht nur stark sind und kraftvoll dauernd alles Denken und Handeln dominierend leiten, sondern in ihrer Stärke das gewünschte Maß überschreiten bis zu krankhafter Entgleisung und dadurch der Entwicklung aller höheren und sittlichen Strebungen und Gefühle hemmend im Wege stehen. Der Typus dieser Menschen knüpft an entwicklungsgeschichtlich überwundene Formen der Menschheit,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an den kulturlosen, roheren Typ längst vergangener Zeiten an; er zeigt auch körperlich fast stets das Bild des ganz gesunden, allen äußeren Schädigungen trotzbietenden Organismus. Hier ist nichts von Weichlichkeit und Überempfindlichkeit. Weder die Nahesinne der Haut, des Geschmacks und Geruchs, noch auch die Fernsinne des Gesichts und Gehörs zeigen feinere Differenzierung, sondern sie werden nur insoweit entwickelt und ausgebildet, als sie unbedingt zur Erhaltung und Behauptung des Lebens und zur Erhaltung der Art erforderlich sind; auch die Motilität entbehrt der feineren Durchbildung und Ausgestaltung.

Auf dem Gebiet der reinen Lebenserhaltung sehen wir also einen kräftigen elementaren Trieb zur Aneignung und Einverleibung der Nahrungsmittel. Nur die Quantität der Nahrung ist Ziel des Strebens; alle durch Aussehen, Geruch und Geschmack der Nahrung dem zivilisierten Menschen von selbst sich bietenden Hemmungen fallen fort. Solche Kinder nehmen in ungehemmter Freßgier alles in den Mund und Magen auf, was irgend den Namen Nahrungsmittel verdient, ohne Rücksicht darauf, ob es überhaupt oder feiner zubereitet ist, ohne Rücksicht, ob es gut erhalten, sauber und unverdorben ist; sie nehmen die Nahrung, wo sie sie finden von der Straße, aus dem Hundenapf, aus dem Kehrichteimer, verschlingen rohe Gemüse und Kartoffeln, madige und faule Früchte, ja auch wirklich verdorbene, in Gärung oder Fäulnis übergegangene vegetabilische oder fleischliche „Nahrungsmittel". Als besonders krankhafte Typen sehen wir auch Kinder, die an sich zur Ernährung ungeeignete Dinge, wie den Kalk von der Wand, Papier, Kohlen, ja auch die eigenen Exkremente und das Sekret der Nase nicht nur in den Mund bringen, sondern sogar verschlingen; diese Neigung läßt jedoch mit zunehmendem Lebensalter, etwa mit dem 6. Jahre so gut wie immer nach oder verschwindet ganz, stellt daher für das jüngste Lebensalter ein besonders charakteristisches Symptom dar, nach dem zu fragen wir auch bei älteren Kindern nicht unterlassen sollten, da es spontan von den Eltern aus begreiflicher Scham fast nie angegeben wird. Daß aber auch weiterhin bei diesen Kindern der gesteigerte Nahrungstrieb eine bleibende Ursache für Naschen und Stehlen von Nahrungsmitteln zu Hause und bei Fremden bildet und die Bekämpfung dieser unsozialen Handlungen in besonderem Maße erschwert, erhellt von selbst.

Als eine weitere, mit diesen Störungen zusammenhängende, vor allem aus der Unempfindlichkeit des Hautsinnesgebiets resultierende Anomalie finden wir meist bei diesen Kindern auch eine Unempfindlichkeit gegen jede die Haut sonst reizende Art von Schmutz und Unsauberkeit, die bis zu zweifellos krankhafter Liebe zu solchem Schmutz ausarten kann. Die natürliche Folge ist auch hier die erhöhte Schwierig-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit, solche Kinder zu sauberer Pflege des Körpers und der Kleidung, zu sorgfältiger Behandlung des Spielzeugs und der Schulbücher, ja überhaupt zu Ordnung und Exaktheit zu erziehen.

Auf dem Gebiet der Selbstbehauptung, also der Durchsetzung der eigenen Persönlichkeit gegenüber der toten und lebenden Umwelt, sehen wir die gleiche Steigerung aller triebhaften Tendenzen, mit der Neigung zu echt krankhafter Entgleisung. Es fehlt die Freude an den normalen Spielen des Kindesalters, es fehlt die Lustbetonung aller Übungen der Augen und Ohren, der Hände und Glieder, die instinktiv, zu dem vitalen Zweck der Vorbereitung für den Kampf des Lebens, alles Tun und Treiben der Kinder sonst erfüllt, es fehlt die Freude am Gemeinschaftsspiel, das bald ein Herrschen und Anordnen, bald ein Gehorchen und Sich-Fügen, bald den einfachen Anschluß an den Altersgenossen im kameradschaftlichen Kampf der Parteien verlangt. Ohne Interesse für solch ausbildendes Spiel ist das Streben und Trachten allein auf den eigenen Vorteil, also neben Essen und Trinken auf die Beherrschung und Vergewaltigung der Kleinen und Großen gerichtet, zur brutalen Durchsetzung rein egoistischer Antriebe.

Als krankhaften Auswuchs der an sich ja noch physiologischen Tendenz zur Beherrschung der Umwelt sehen wir dann auch Lustgefühle auftreten bei der Schädigung der anderen ohne Erringung eines eigenen Nutzens dabei, also Schadenfreude und Schabernackshandlungen, Quälereien und Grausamkeiten gegen Mensch und Tier. Diese Kinder sind es, die ihre Freude daran haben, den Fliegen die Flügel auszureißen, die Hunde und Katzen zu quälen, die Hühner zu jagen und ihnen Sand in die Augen zu streuen, die Frösche aufzublasen und ihnen die Beine auszureißen, Kinder und Erwachsene heimtückisch zu ärgern, zu verletzen, zu schädigen. Intellekt und Lebenserfahrung dienen dann nur dazu, die Befriedigung dieser herrschsüchtigen und boshaften Triebe zu erleichtern. Raffinierte Lügen und Diebstähle, bandenmäßiger Einbruch, frühzeitiges Umhertreiben mit geschickter aktiver Beschaffung des Lebensunterhalts, das sind die sozial und strafrechtlich hervorstechendsten Folgen dieser Veranlagung. Jeder Versuch zur Entwicklung altruistischer Gefühle, zu Freundlichkeit, Dankbarkeit oder gar Uneigennützigkeit und Aufopferung stößt naturgemäß auf unüberwindbare Hemmungen, und zwar um so mehr, als nicht nur die Worterziehung versagt, sondern auch körperliche Strafen bei der Unempfindlichkeit gegen Schmerz völlig eindruckslos zu bleiben pflegen, ja sogar durch Entwicklung von Rachegefühlen nur eine neue traurige Komponente dem unerfreulichen Charakterbild hinzufügen.

Bei der Stärke aller triebhaften Tendenzen kann es nicht überraschen, daß auch die normalerweise von der Pubertät an allmählich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erst erwachenden sexuellen Gefühle bei diesen Kindern meist verfrüht und mit gefährlicher Kraft das Denken und Handeln dirigieren. Nicht sind es dabei die mehr einfacher kindlicher Neugier oder verfrühtem Miterleben entstammenden, oft allzu ernst genommenen und aufgebauschten unanständigen Handlungen der Kinder, auf die es für die Beurteilung ankommt, sondern das verfrühte Erwachen und die verfrühte Einstellung des Fühlens und Interesses auf das Gebiet des Sexuellen überhaupt, die schon im Spiel mit den Puppen, bei der Beobachtung und im Spiel mit Tieren, bei der Art der Beobachtung der andersgeschlechtlichen Erwachsenen und im Verhalten zu ihnen ihren Ausdruck findet. Bis zu welchem frühen Lebensalter derartige Regungen herunterreichen können und welche schier abenteuerliche Formen besonders durch die Kombinierung mit Tendenzen zur Grausamkeit sie annehmen können, darauf soll hier nicht eingegangen werden. Auch hierbei ist es für den Psychiater natürlich immer nötig, nicht den Standpunkt des moralisch wertenden Erziehers einzunehmen, sondern den des rein objektiv beobachtenden Arztes festzuhalten und die Blickrichtung nur auf das Krankhafte, das Abnorme im Seelenleben solcher Kinder einzustellen.

Es bedarf kaum besonderer Erwähnung, daß die Gesamtheit der hier kurz angedeuteten krankhaften Abweichungen der Gefühle und Instinkte nicht häufig in einem Individuum vereint sich finden, daß in der Mehrzahl der Fälle vielmehr die eine oder die andere Komponente das Bild beherrscht. Die innere Einheitlichkeit und Verwandtschaft dieser Anomalien aber wird dadurch sichergestellt, daß, neben den zunächst im Vordergrunde stehenden Anomalien, bei sorgfältigerem und genauerem Eingehen und Explorieren auch von den anderen hier genannten Abweichungen fast stets zum mindesten Andeutungen sich nachweisen lassen.

Ich selbst habe im Laufe der Jahre eine ziemlich große Zahl derartiger Krankengeschichten gesammelt. Die Weiterverfolgung des Lebensschicksals dieser Kinder gibt, soweit sich bis jetzt beurteilen läßt, ein trübes Bild. Aktives Gewohnheitsverbrechertum und Prostitution, das sind wohl, ohne rechtzeitiges und geschicktes Eingreifen, fast stets die Richtungen, nach denen dieser Typus der psychopathischen Kinder sich entwickelt. —

In offensichtlichem Gegensatz zu diesem nur von rohen Begierden getriebenen, das Leben früh beherrschenden, alle Verstandeskräfte nur in den Dienst der eigenen Lüste stellenden, im Prinzip **aktiven** Typus der kindlichen und jugendlichen Psychopathen, steht der andere, mehr **passive** Typus, bei dem alle die eben genannten triebhaften Tendenzen nur schwach entwickelt sind und das Denken und Handeln nur so wenig wirklich leiten und beherrschen, daß geradezu eine Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fährdung des eigenen Wohls und des eigenen Fortkommens in der Welt resultiert.

Die Mehrzahl dieser Kinder sind Abkömmlinge der geistig höher kultivierten Gesellschaftsklassen und Individuen; sie sind körperlich meist weniger widerstandsfähig, nicht selten mit chronischen Krankheiten oder Schwächezuständen behaftet und zeigen meist die mehr neuropathischen Symptome der Überempfindlichkeit auf allen Sinnesgebieten, der Übererregbarkeit des ganzen Gefäßsystems mit Neigung zu Kopfschmerzen, zu gesteigerter Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit und Störungen des Schlafes.

In innigem und wohl untrennbarem Zusammenhange damit steht die Schwäche und ungenügende Nachhaltigkeit aller, in letzter Linie aus dem normalen Zusammenarbeiten der Organe sonst resultierenden elementaren Willensregungen mit den ihnen anhaftenden Gefühlselementen.

Daß die Großstadt mit ihrem Stubendasein und der Erschwerung des Zusammenlebens der Gleichaltrigen, sowie mit der hier viel häufigeren Einkinderehe besonders schädlich wirkt, um schon geringe Schwächen dieser Art ins Sichtbare oder ins Maßlose zu steigern, daß wir also in unserem Großstadtleben gerade diesem Typus besonders häufig und in den mannigfaltigsten Abwandlungen begegnen, ergibt sich daraus von selbst. Die hier denkbaren und tatsächlich sich findenden Symptome und Symptomverkupplungen auch nur annähernd vollständig darzustellen, ist weder überhaupt möglich, noch auch an dieser Stelle erforderlich, da die traurigen Folgen dieser Form krankhafter Veranlagung viel mehr das Individuum selbst, als die soziale Gemeinschaft treffen, zu sozialen Hilfsmaßnahmen also in geringerem Maße Veranlassung geben.

Die bei allen Kindern dieses mehr passiven Typus fast nie fehlende körperliche, nervöse und psychische Überempfindlichkeit führt dazu, daß alle aus dem Organismus und aus der Umwelt stammenden Reize vielleicht sogar leichter merkbar werden, jedenfalls aber schon bei abnorm geringer Intensität Unlustgefühle erwecken, die hemmend auf alle Betätigung einwirken. Dazu kommt, daß das meist früh und reich entwickelte Verstandesleben seine ihm an sich schon zukommende hemmende Kraft auf alle Triebäußerungen hier besonders rasch und intensiv geltend macht und so das psychische Gesamtleben des Kindes abnorm früh dem komplizierteren, in viel höherem Maße intellektualisierten Geisteszustand des Erwachsenen annähert ohne den Ausgleich, der durch die Vielseitigkeit der Erfahrungen und die Reife der Urteilskraft des Erwachsenen geboten werden kann.

Im Vordergrund steht bei dieser Form der kindlichen Psychopathie, oder wie Czerny ihre früheste und mildeste Form kurz nennt, der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„sensiblen Kinder" daher im allgemeinen das Symptom der Reizbarkeit, d. h. das rasche Anklingen und Ansteigen aller, ganz besonders der negativen Gefühlstöne, verbunden meist mit kurzer zeitlicher Dauer, aber Neigung zum Übergreifen auf das Gebiet der Vorstellungen, ja auch größer und entfernter liegender Vorstellungskomplexe.

Auf dem Gebiet der reinen Lebenserhaltung sehen wir so eine Überempfindlichkeit gegen Geruchs- und Geschmacksreize, aus der heraus schon unsere Allerkleinsten oft die ihnen dargebotene Nahrung in solchem Maße ablehnen, daß geradezu eine Schädigung der Ernährung und des körperlichen Gesundheitszustandes daraus erwächst. Neigung zu Übelkeit und zu einem nicht durch die Art der Nahrung, sondern vielfach rein psychisch bedingten Erbrechen ist eine bekannte und unangenehme Folge davon. Auch im späteren Kindesalter bleiben diese Kinder beim Essen meist wählerisch und zeigen oft bestimmte, für die Pflege recht unbequeme Idiosynkrasien gegen bestimmte Nahrungsmittel, die durch andere krankhafte, rein körperliche Reaktionen bei bestimmten Nahrungsmitteln — ich erinnere nur an das Nesselfieber — noch unterstützt werden.

Die Überempfindlichkeit des Hautsinnesgebietes hat ganz im Gegensatz zu dem vorher skizzierten Typus die zunächst angenehme Folge, daß aller Schmutz der Haut und Kleidung als störend empfunden wird, und so ein Teil dieser Kinder abnorm früh zur Sauberkeit und sorgfältigen Pflege des Körpers und der Kleidung erzogen werden kann oder sie aus sich selbst heraus entwickelt. Die unangenehmen Folgen aber sind die Störungen des Wohlbefindens, die aus unvermeidlichen Reizen der Oberhaut, z. B. aus dem Tragen der wollenen Strümpfe, aus dem Schneiden der Nägel und Haare erwachsen und die noch viel mehr störende Überempfindlichkeit der Blase, die zu allzu häufiger, im Schlaf reflektorischer Entleerung der noch nicht vollständig gefüllten Harnblase, also dem gefürchteten nächtlichen Einnässen führt. Zur Abwehr der von den Kindern als so sehr unangenehm empfundenen Hautreize an den Fingern z. B. und an den Haarwurzeln bilden und fixieren sich dann leicht störende, schwer ausrottbare Angewohnheiten, wie das Nägelkauen und das Haareausreißen, das Jucken und Kratzen am Körper, die Abwehrbewegungen gegen Reize von kleinen Krankheiten oder störenden Druck der Kleidung. Einnässen, Nägelkauen, allgemeine Gliederunruhe, echte Tic-Bewegungen sind daher ebenso charakteristisch für diese Art von Kindern, wie die Störung des Schlafes als Folge eben dieser Überempfindlichkeit aller Sinne schon gegen leichte Reize.

Im Verkehr mit der Umwelt fehlt es diesen Kindern weiterhin fast stets an der Kraft zur Durchsetzung ihrer berechtigten Interessen. Ängstlichkeit und Schüchternheit, scheues Zurückweichen vor der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Berührung mit anderen und vor dem Spiel mit Gleichaltrigen, zu frühe Verallgemeinerung einzelner unliebsamer Erfahrungen mit der Folge rascher Isolierung, zu inniges Anschmiegen und zu langes Festhalten am Gängelband der Mutter, zu frühes Sichversenken in Wünsche, Träume, Hoffnungen und vor allem in ein sehnsüchtiges Verlangen nach Zielen, zu deren Durchsetzung es an Kraft und Aktivität fehlt; das sind nur einige Symptome und Züge dieses Ihnen ja allen bekannten Bildes.

Die zunächst als Lichtseite solcher Veranlagung zu buchende leichte Erziehbarkeit zum Guten, zu Folgsamkeit und Bravheit, Gutmütigkeit und Opferwilligkeit, Anhänglichkeit und Frömmigkeit, kurz die leichte Entwicklung aller höheren moralischen, ethischen und auch ästhetischen Gefühle muß dann als psychopathisch, als krankhaft angesehen werden, wenn durch sie das Kind gehindert wird, seine eigenen berechtigten Interessen für Gegenwart und Zukunft wahrzunehmen, sich also schwächlich von anderen stärkeren Naturen unterdrücken oder haltlos von ihnen mißbrauchen läßt. Das Krankhafte liegt klar zutage, wenn Exaktheit und Sorgfalt in Pedanterie und Skrupulosität, Körper- und Kleidungspflege in Wasch- und Putzsucht, Liebe und Respekt vor der Lehrerin in Vergötterung, Lebhaftigkeit des Empfindens und geistigen Gestaltens in zügellose Hyperphantasie ausarten und die berechtigte Sorge vor Strafe nach kleinen Verfehlungen zu Angstzuständen, sinnlosem Fortlaufen mit einsamem Umhertreiben oder gar zu Selbstmordversuchen sich steigert.

Auch Sprunghaftigkeit und Unausgeglichenheit im Fühlen und Handeln, einseitige Verbohrtheit der Interessen auf einen bestimmten Vorstellungskomplex durch Gefühlsfixierung auf ein solches Gebiet, sind, ebenso wie die Überschwenglichkeit der Gefühle für irgendeine Sache, fast immer verbunden mit einer gewissen Schwäche der elementaren Seelenkräfte, indem dadurch eine Vernachlässigung anderer, für das Gedeihen des Kindes oder Jugendlichen oder für die Allgemeinheit wichtigerer Gebiete der Betätigung und Ausbildung bedingt wird. Solche Einseitigkeiten und Disharmonien des Gefühls- und Willenslebens aber vermissen wir kaum je in dem psychischen Gesamtbild solcher Kinder. Daß sie im gleichen Maße wie die vorher genannten Einzelstörungen das Ziel aller Erziehung, nämlich die Entwicklung einer in sich abgeklärten, reifen, charaktervollen Persönlichkeit in hohem Maße erschweren, wenn nicht unmöglich machen, das bedarf ebensowenig näherer Begründung wie die selbstverständliche Tatsache, daß alle diese Störungen des seelischen Gleichgewichts nur allzu leicht für die Betroffenen die Ursache bilden für Konflikte mit dem Strafgesetzbuch. Herr Professor Kramer wird auf diese Beziehungen zwischen Psychopathie und Kriminalität nachher ausführlich eingehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Schwäche aller instinktiven Tendenzen und die Neigung zur verfrühten Intellektualisierung aller elementaren psychischen Vorgänge zeigt sich schließlich in besonders charakteristischer Form auch auf dem Gebiet des Geschlechtlichen. Die durch Erziehung bei diesen Kindern besonders leicht zu erweckende Schamhaftigkeit gegenüber dem eigenen Körper steigert sich oft schon bei den Kleinen zu einer als Prüderie zu bezeichnenden Ängstlichkeit, sich nackt z. B dem Vater oder der Mutter zu zeigen und stört den harmlosen Verkehr mit den Gleichalterigen des anderen Geschlechts schon in der frühen Kindheit. Das grundsätzlich an die Zeit der Pubertät gebundene Erwachen der psycho-sexuellen Interessen überhaupt pflegt ebenso wie die Pubertät selbst spät einzusetzen. Durch den Mangel an Kraft zur Durchsetzung der schließlich doch erwachenden Wünsche und die meist zu frühe und zu intensive Bearbeitung dieser Wünsche durch gedankliche Vorgänge leidet die naive Annäherung an das andere Geschlecht und der natürliche Takt im Verkehr mit ihm; an dessen Stelle treten gar leicht die Befriedigung durch Versenken in eine die Sinne kitzelnde Lektüre oder eine von der Phantasie geschaffene lüsterne Welt der Träume. Bei der unvermeidlichen Berührung mit der wirklichen Welt ist dann die Gefahr, der ersten besten Verführung zu erliegen besonders groß. Nicht zu vernachlässigen ist auch die Gefahr, daß unter dem Einfluß irgendeines zufälligen, stark gefühlsbetonten Erlebnisses die sexuellen Wünsche an ein nicht dem Naturzwecke entsprechendes Objekt fixiert werden und so das Lebensglück des Betroffenen nicht bloß zerstört, sondern auch ein psychischer Zustand geschaffen wird, der fast unvermeidlich zu Kollisionen mit der sittlichen und staatlichen Ordnung führt.

Was nun die mehr praktische Frage angeht, wie wir im konkreten Falle, also bei einem bestimmten, uns zur Untersuchung vorgeführten Kinde entscheiden können, ob es als ein konstitutionell psychopathisches Kind anzusehen ist oder nicht und welche spezielle Form der Abartung vorliegt, so erhellt wohl schon aus dem bisher Gesagten, daß dies auf Grund einer kurzen einmaligen Untersuchung allein kaum jemals ganz möglich ist.

Das, was die Untersuchung in körperlicher Beziehung uns zeigen kann, das ist einmal die allgemeine mehr oder minder kräftige Körperkonstitution, das sind weiterhin die Feststellung der sog. Entartungszeichen, also körperlicher Mißbildungen, die aus Hemmungen oder Störungen der ersten Anlage resultieren und meist die Form atavistischer Rückschläge annehmen. Derartige Mißbildungen lassen, wenn sie stark ausgeprägt sind oder bei einem Individuum gehäuft auftreten, den Schluß zu, daß wahrscheinlich auch in der ersten Anlage des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

höchsten aller Organe, also des Gehirns sich gleichfalls Entwicklungsstörungen vorfinden werden, die uns zwar anatomisch erst selten faßbar sind, um so häufiger aber wohl mit Disharmonien in der Funktion der psychischen Reaktionen im Zusammenhang stehen. Meist leicht erkennbar ist schließlich schon bei einmaliger Untersuchung die spezielle Überempfindlichkeit des Gefäßnervengebietes, die sich in naßkalten Händen und Füßen, gesteigertem Nachröten der Haut bei Überstreichen, jähem Farbenwechsel der Haut des Gesichts und besonders der Ohren, raschem Schweißausbruch, überschneller Reaktion der Pupillen u. a. zeigt. Auch die Folgen der Neigung zum Fingerlutschen und Nägelkauen lassen sich an dem Zustand der Finger meist rasch erkennen, ebenso wie das Vorliegen einer gesteigerten oder herabgesetzten allgemeinen Schmerzempfindlichkeit z. B. bei Nadelstichen.

Auf dem psychischen Gebiet ist auch für den weniger Erfahrenen durch Anwendung der Binetschen Methode meist durch einmalige Untersuchung schon ein ausreichendes Urteil über die intellektuellen Kräfte möglich. Aus ihrem Ergebnis resultiert dann nicht nur ein wichtiger Fingerzeig für die Art der notwendigen weiteren Behandlung, sondern schon ein Urteil darüber, ob und wieweit das uns geschilderte antisoziale Handeln etwa aus diesen intellektuellen Defekten allein erklärt werden kann oder ob wir statt dessen oder außerdem psychopathische Anomalien mit oder ohne Milieuschäden werden annehmen müssen.

Ungleich viel schwieriger und mehr aus der persönlichen Erfahrung des Untersuchenden resultiert naturgemäß die direkte Beurteilung des Gefühls- und Willenslebens bei einmaliger Untersuchung. Fingerzeige nach dieser Richtung erhalten wir aber auch schon aus dem Benehmen des Kindes während der Untersuchung, der Art, Intensität und Nachhaltigkeit der dabei beobachteten Reaktionen, also aus der Feststellung, ob es bei der körperlichen und intellektuellen Untersuchung, bei der Befragung und der Besprechung seines Lebens und antisozialen Handelns, das meist die Ursache der Untersuchung gebildet hat, schüchtern und ängstlich, erregt und zu Tränen gerührt, oder ruhig und kühl, gleichgültig, verstockt und frech, einheitlich oder sprunghaft wechselnd sich verhält; auch über seine Aufmerksamkeit und Konzentration, seine Interessiertheit für das eigene Wohl und für höhere ethische Fragen werden wir schon bei Gelegenheit der ersten Untersuchung so manches Wichtige beobachten können. Des weiteren werden wir auch die Pflege des Körpers und der Kleidung, normale oder übertriebene Sauberkeit und Exaktheit, Schmutz, Unordnung und Vernachlässigung sorgfältig beobachten müssen.

Aber selbst für den erfahrensten und mit dem normalen und abnormen kindlichen Seelenleben am besten vertrauten Psychiater werden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alle diese Ergebnisse einer einmaligen Untersuchung nur die Grundlage abgeben können für die allgemeine oder spezielle Diagnose der Psychopathie. Sie bedarf immer der Ergänzung durch Berichte über das tatsächliche Verhalten des Kindes im Alltagsleben und seiner Reaktion auf die Reize der es dauernd umgebenden Umwelt.

Unerläßlich für die Gewinnung eines für uns brauchbaren Berichts ist dabei nicht nur die aus der persönlichen Erfahrung sich ergebende Methode und Form, wie wir im einzelnen explorieren und das Mitgeteilte verwerten müssen, sondern zunächst schon das einfache Vorhandensein einer Begleitperson, die das Kind mit Liebe und Verständnis seit längerem beobachtet hat und intelligent und objektiv genug ist, um verwertbare Angaben uns machen zu können.

Auf die größten Schwierigkeiten stößt danach die Feststellung einer Psychopathie bei einzelnen, von ganz Fremden oder nur Bekannten des Kindes, z. B. von Nachbarn oder Angestellten aus Asylen und Erziehungsanstalten uns vorgeführten Knaben und Mädchen, auf Schwierigkeiten aber auch, wenn die vorführenden Begleiter nur einzelne Seiten des kindlichen Seelenlebens, z. B. nur sein Verhalten in der Schule wirklich kennen, oder wenn übertriebene und einseitige Elternliebe die Beobachtungen getrübt hat oder bestimmte Zwecke und Interessen der Vorführenden die Berichte mehr oder weniger wissentlich verfälschen. Der dringende Wunsch, das lästige und unbequeme Kind los zu werden in den einen und das Verlangen, das geliebte Kind vor der Fürsorgeerziehung zu „bewahren" in den anderen Fällen, sind hier gefährliche Quellen der Täuschung für uns.

Die wertvollsten und besten Berichte erhalten wir unter diesen Umständen von wohlmeinenden Stief- oder Pflegemüttern, die durch jahrelange Fürsorge für das Kind seine Eigenheiten gut kennen und ohne Trübung durch zu nahe Bande des Blutes die Objektivität der Beurteilung sich bewahrt haben. Viel schlechter pflegen die Berichte der wirklichen Eltern zu sein. Helfend und unterstützend für uns tritt dabei jedoch in Wirksamkeit, daß wir dann Gelegenheit haben, zu sehen, welcher Art die wichtigsten charakterologischen Eigenschaften eben dieser das Kind begleitenden Eltern sind und aus der Erfahrung heraus, daß, wie ich kurz in der Poliklinik zu sagen pflege, vom Apfelbaum nur Äpfel und vom Pflaumenbaum nur Pflaumen kommen, unser Urteil über die grundlegenden psychischen Elemente des Kindes durch die unmittelbare Beobachtung gleicher oder ähnlicher Eigenarten bei den Eltern unterstützt und ergänzt werden kann. Diese Feststellung gewinnt noch erhöhte Bedeutung dadurch, daß wir von den wirklichen Eltern am besten auch über den weiteren Stammbaum oder richtiger gesagt die Ahnentafel des Kindes mancherlei erfahren können, was oft wichtige Rückschlüsse auf das Kind zuläßt, da eben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleichartige Vererbung um so häufiger anzutreffen ist, je mehr es sich um diese die Persönlichkeit bildenden Grundelemente des Seelenlebens handelt. Auch verdient erwähnt zu werden, daß wir unverhältnismäßig häufig auch einen ungefähr gleichartigen Grundcharakter beider Eltern feststellen können, da rohe und wenig differenzierte, brutale und egoistische Menschen verschiedenen Geschlechts meist ebensosehr gegenseitig sich anziehen und sich ehelich verbinden, wie fein differenzierte, kulturell oder ethisch hochstehende Naturen.

Bei der Befragung selbst werden wir, wie aus dem vorher Gesagten sich von selbst ergibt, meist unter Überwindung eines gewissen Widerstrebens der Angehörigen, die nur an den gegenwärtigen und sie besonders störenden Eigenschaften des Kindes zu haften pflegen, unser ganzes Augenmerk richten müssen auf die psychischen Eigenschaften des Kindes in seiner allerfrühesten Zeit, auf den Zeitpunkt des Auftretens der einzelnen beobachteten Störungen und vor allem auf diejenigen Äußerungen des Gefühls- und Willenslebens, die oben als charakteristisch für das normale und für das psychopathische Kind zusammengestellt worden sind. Die auch dann noch uns unterlaufenden, nicht immer ganz vermeidbaren Täuschungen und Irrtümer werden am besten verringert, wenn es uns gelingt, objektive Berichte über das Kind von verschiedenen Seiten, z. B. getrennt von Vater und Mutter, Pflegemutter, Lehrer, Erzieher und anderen Personen zu erhalten und wenn wir zugleich von sachverständiger Seite auch über Fragen aus dem Milieu des Kindes aufgeklärt werden, die von den Eltern aus begreiflicher Scham oder sonstigem persönlichen Interesse verschwiegen oder abgeleugnet werden. Die objektiven Berichte der Helferinnen und Helfer der Jugendfürsorge und der Jugendgerichtshilfe sind daher bei genügender Schulung dieser Helfer im Beobachten und Referieren sehr wertvoll für uns.

Einen wirklichen Ersatz für das Fehlen solchen objektiven Berichtes können wir selbst uns bisher nur schwer beschaffen. Eine kurzfristige Aufnahme z. B. in unsere Klinik, wo die Kinder dann zusammen mit erwachsenen Kranken untergebracht sind, hat die früher von uns gehegten Hoffnungen nicht erfüllt, da die damit verbundene Milieuänderung allzu gewaltig ist und alle Reaktionen des Kindes auf die Umwelt dadurch sofort in solchem Maße beeinflußt werden, daß man ein Urteil über die Frage, wie die gewöhnlichen alltäglichen Lebensreize auf das Kind einwirken, doch nicht erhält. Größere Hoffnungen setzen wir auf die Einrichtung von besonderen Horten oder Tagesheimen für psychopathische Kinder, über die am Nachmittag dieser Tagung[1]) berichtet werden soll. Ihr Wert liegt darin, daß der Unter-

[1]) Die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge läßt in kurzem die Gesamtheit der bei der Tagung für Psychopathenfürsorge gehaltenen Vorträge erscheinen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schied zwischen dem Leben zu Hause und dem Leben in solchem Hort grundsätzlich nur gering ist; schon nach kurzer Zeit wird auch hier das Kind daher alle diejenigen abnormen Reaktionen erkennen lassen, die aus seiner Veranlagung entspringen, und die geschulten Leiter solcher Horte werden hoffentlich zu wichtigen Referenten für uns werden. Im Gebiet der Fürsorge der Schulentlassenen werden uns besondere Beobachtungsabteilungen mit mehrmonatigem Aufenthalt vielleicht das hier besonders schwer beschaffbare Material bringen können. Das umfangreiche Buch von Gregor und Voigtländer über die Verwahrlosung, aus dem Heilerziehungsheim Klein-Meusdorf bei Leipzig, ist ein schöner Anfang dazu.

Wesentlich kürzer, meine verehrten Damen und Herren, als die erste Hälfte des mir gestellten Themas, kann nun die zweite Hälfte, d. i. die Frage nach der **Behandlung** der psychopathischen Kinder und Jugendlichen erledigt werden. Ihre Beziehungen zu den mehr praktischen, am Nachmittag zu behandelnden Problemen sind so innige, daß ich mich hier auf den mehr theoretischen und grundsätzlichen Teil der Frage beschränken und mich daher kurz fassen kann.

Das Ziel unserer Behandlung, das ist die Abreagierung der zu starken und die Stärkung der zu schwachen triebhaften Tendenzen und Gefühle einerseits und andererseits die Ausgleichung der gestörten Maßbeziehungen dieser Gefühle und Willensstrebungen untereinander, im ganzen also die Schaffung harmonischer, in sich gefestigter, willensstarker Persönlichkeiten, kann nur auf dem Wege erreicht werden, daß wir durch Kombinierung von Belehrung und Erlebenlassen die meist schon eingewurzelten falschen und schädlichen Gefühlsbeziehungen zur Außenwelt durchbrechen, daß wir durch bessere sie zu ersetzen uns bemühen und sie dann durch Gewöhnung und Übung so weit fixieren und mechanisieren, daß später im durchschnittlichen Milieu des gewöhnlichen Lebens die Jugendlichen den für sie selbst und für die Allgemeinheit nützlichen und richtigen Weg auch ohne unsere Hilfe zu gehen imstande sind.

Der einfachste und zugleich erfreulichste Weg, auf dem wir dies Ziel erreichen können, besteht darin, daß wir die unsere Beratung wünschenden Eltern nach eingehender Besprechung und nach sorgfältiger Untersuchung des Kindes aufklären über die innigen Beziehungen, die zwischen den seelischen Anomalien des Kindes und den Schwierigkeiten, die es bei der Erziehung bereitet, bestehen, und daß die Eltern dann unsere Ratschläge über die besondere Art der weiteren Behandlung ihres Kindes befolgen. Daß auf diesem Wege unter günstigen Umständen und bei nur mäßiger Intensität der Psychopathie durchaus

Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

gute Erfolge erzielt werden können, lehren mich so manche Fälle der Privatpraxis, die ich habe längere Zeit verfolgen können.

Im ganzen genommen aber sind sie leider die Ausnahme. In der Regel sind beide Eltern oder ist wenigstens einer von ihnen in solchem Maße psychisch abnorm, reizbar, einseitig oder innerlich unausgeglichen, daß auch der andere von ihnen selbst bei bestem Verständnis und bestem Willen eben nicht in der Lage ist, die in seinem Hause auf das Kind einwirkenden äußeren Einflüsse wirklich umzugestalten und das Milieu ruhiger Sachlichkeit und freundlicher Festigkeit bei der Erziehung des Kindes zu schaffen, das eben die Voraussetzung bildet für jeden Erfolg; oder es sind rein äußerliche Verhältnisse — Tod oder dauerndes Fernsein der Eltern zur Berufsarbeit, Krankheit, bedrängte wirtschaftliche Lage usw. — die eine Befolgung der von uns gegebenen Regeln für die Behandlung des Kindes verhindern.

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist daher leider die partielle oder gänzliche Herausnahme des Kindes aus dem Elternhause und seine Versetzung in ein neues, von uns eigens dazu geschaffenes Milieu, in dem es, wie im Hort, für die Freistunden oder wie im Tagesheim bzw. einer wirklichen Erziehungsanstalt Tag und Nacht, Sonntag und Alltag, unter dieser besonderen erziehlichen Einwirkung steht.

Die erziehliche Einwirkung, selbst ist naturgemäß doppelter Art und besteht einmal in Belehrung, bei den Jüngeren vor allem in der Form des Schulunterrichts, bei den Älteren in der Form der speziellen beruflichen Ausbildung; des weiteren aber in der Überwachung und sorgfältigen Regulierung des Verhaltens und unter ihnen als wichtigstem, des Gemeinschaftslebens in den Freistunden. Für beide Arten der Beeinflussung ist eine Trennung in Gruppen nach der Höhe der intellektuellen Begabung, also Abtrennung der Schwachsinnigen von den durchschnittlich Begabten ganz unerläßlich, da die Schwachsinnigen sonst die intellektuelle Förderung der andern hemmen und beeinträchtigen und zugleich in unerfreulicher Weise für die übrigen eine Versuchung bilden, sich innerlich über sie zu erheben und durch Necken, Hohn, Spott, Verführung sie schädigen. Gerade die Bekämpfung solcher unerwünschten und unsozialen Gefühle, wenn sie da sind und die Verhinderung ihrer Entwicklung, wenn sie noch nicht da sind, ist ja aber eines der Ziele unserer Bemühungen.

Unerläßlich ist weiterhin die Trennung der Geschlechter. Das ist an sich bedauerlich. Denn für alle Kinder und Jugendlichen, ganz besonders für einen Teil der Psychopathen unter ihnen, ist die Erhaltung oder Anbahnung eines harmlosen Zusammenlebens und Verkehrs der Geschlechter miteinander, wie sie die normale Zusammensetzung einer Familie bietet, von außerordentlichem Wert für die Ausbildung eines harmonischen Seelenlebens. Wenn wir trotzdem schon

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für die geistig Normalen die Zusammenfassung der Geschlechter für die älteren Schulkinder im Unterricht ablehnen, so liegt der Grund darin, daß eben das Tempo der intellektuellen Reifung in der Pubertät und den Jahren kurz davor bei beiden Geschlechtern ein durchaus verschiedenes ist und bei gemeinsamem Unterricht immer entweder die Knaben oder die Mädchen zu kurz kommen müssen. Wenn wir für die Psychopathen auch die Zusammenfassung in der Erziehung außerhalb des Unterrichts ablehnen müssen, so liegt das darin, daß eben bei einem nicht unbeträchtlichen Teil von ihnen, ganz besonders der Mädchen, das sexuelle Fühlen krankhafte Frühreife und auch sonst Abweichungen zeigt, die zu beseitigen eben nur bei Trennung möglich ist, und deren Fortbestehen die Erziehung auch der übrigen gefährden würde.

Nötig ist ferner eine grundsätzliche Trennung der Schulpflichtigen von den Schulentlassenen, um schädliche Beeinflussung der jüngeren durch die schon geschlechtsreifen, vielfach sittlich verdorbenen älteren Knaben und Mädchen zu vermeiden.

Nicht nötig dagegen erscheint eine noch weitere grundsätzliche Trennung nach dem Lebensalter, da gerade das Zusammenleben z. B. der älteren und jüngeren Schulkinder vielfach Gelegenheit gibt zur Entwicklung erwünschter, gemütlicher Beziehungen in der Form der Pflege, des Leitens und Beschützens der Jüngeren durch die Älteren. Nicht nötig ist auch, wie unsere Erfahrung in unserem Heilerziehungsheim Templin zeigt, die Trennung etwa der einzelnen Formen der psychopathischen Kinder voneinander, da auch hier das Zusammenleben der verschiedenen, ja auch der fast entgegengesetzt gearteten Charaktere mehr ausgleichend als hemmend auf das Erziehungswerk einwirkt.

Auf den schulmäßigen Unterricht selbst einzugehen, ist kaum Sache des Psychiaters. Nötig ist nur, grundsätzlich mit Rücksicht auf die gesteigerte Ermüdbarkeit und Konzentrationsunfähigkeit eines Teils unserer Psychopathen, die Dauer der einzelnen Lektionen kurz — nicht über 30 bis 40 Minuten — zu bemessen und für reichliche Abwechslung bei der Zusammenfügung der Lektionen zu sorgen. Daß im Unterricht selbst alles mechanische Erlernen auf ein Mindestmaß beschränkt und der Nachdruck bei allem auf die Bildung und Festigung der höheren ethischen und sozialen Gefühle gelegt werden muß, bedarf keiner weiteren Begründung. Religion und Geschichte, besonders die vaterländische Geschichte, müssen neben der Pflege der Realien daher naturgemäß im Vordergrund stehen; auch ein richtig angelegter Unterricht in der Naturgeschichte ist geeignet, hier günstig zu wirken. Des weiteren können der Turnunterricht durch Übung der Geschicklichkeit, des Mutes und der Tatkraft diese bei vielen, besonders des passiven Typus, daniederliegenden Funktionen fördern und entwickeln.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im übrigen gibt auch schon der schulmäßige Unterricht an sich reichlich Gelegenheit zur Übung und Festigung wertvoller Gefühls- und Willensregungen durch den Zwang zu Exaktheit und Pünktlichkeit, zu Ordnung und Sauberkeit, zu Selbstbeherrschung und kraftvoller Betätigung der geistigen Kräfte, und im weiteren zur Abdämpfung einseitiger oder Förderung brachliegender Interessen und zur Kultivierung berechtigten Ehrgeizes im Wettbewerb um die Anerkennung durch die andern und den Lehrer. Die Zügelung einer überwuchernden Phantasie durch immer erneute Fesselung der Aufmerksamkeit und des Denkens auf das wirklich Gegebene und seinen logischen Aufbau, das ist bei den einen, die Heraushebung der Interessen aus dem grob Realen in das Reich weiter gespannter Gesichtskreise des Denkens und der Poesie, das ist es, was bei den anderen auch schon im Unterricht erstrebt werden muß und bis zu gewissem Grade erreicht werden kann. Voraussetzung dazu sind natürlich kleine, wenn möglich ganz kleine Klassen, in denen neben der erzieherisch so nötigen Nivellierung für die Mehrzahl der Anforderungen doch auch eine weitgehende Zupassung des Lehrstoffes und der Art seiner Behandlung auf die pathologische psychische Besonderheit des einzelnen Schülers bis zu gewissem Grade möglich ist.

Trotz aller dieser Vorzüge des schulmäßigen Unterrichts und der ihnen ähnlichen der beruflichen Ausbildung liegt wohl der Schwerpunkt der erziehlichen Einwirkung auf unsere Psychopathen in der Zeit außerhalb des Unterrichts oder der Berufsarbeit. Zunächst durch weitere Kräftigung der oben erwähnten allgemeinen Charaktereigenschaften, die auch schon im Gemeinschaftsleben des Unterrichts gefördert werden können. Dazu gehören die in fester Tageseinteilung und strenger Hausordnung gelegenen bildenden Elemente. Pünktlichkeit im Aufstehen, Essen und Schlafengehen, Schnelligkeit und Sauberkeit im Ankleiden und Auskleiden, Pflege und Erhaltung der Kleidung und Schuhe, Bewahrung des persönlichen Eigentums und Achtung vor dem der anderen, willige und wortlose Hinnahme des dargebotenen Essens, das sind nur kurz ein paar von diesen still, aber meist um so mächtiger wirkenden Faktoren, als die Mehrzahl unserer Kinder vor Aufnahme in die Anstalt unter Bedingungen gelebt hat, die all diese Elemente der Ordnung nicht enthielten und die dadurch die schon in der Anlage vorhandene seelische Unausgeglichenheit und Unruhe dieser Kinder zu der sozial unerträglichen Höhe gesteigert haben, derentwegen sie uns zugeführt worden sind. Mit größtem Interesse sehen wir daher immer von neuem, daß Kinder, die draußen durch ihr Verhalten zu schwersten Reibungen mit der Umwelt ständig Veranlassung gaben, allein schon durch die Versetzung in solch ein Leben der Gleichmäßigkeit, Ordnung und Exaktheit zur inneren Beruhigung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommen und sofort, als fast unauffällige Mitglieder, der neuen Gemeinschaft still sich eingliedern. Mit dieser inneren Beruhigung aber ist zugleich der Boden gegeben, auf dem nun planmäßig weiter gearbeitet werden kann bis zur Ausfüllung möglichst aller seelischen Defekte und Einebung oder Milderung krankhafter seelischer Auswüchse oder Einseitigkeiten.

Wie die junge Pflanze gutes Erdreich, Freiheit, Licht und Sonne zum Gedeihen gebraucht, so brauchen auch unsere Kinder, wenn sie wirklich gedeihen sollen, Raum und Freiheit zur Übung ihrer Kräfte und zum frohen Spiel. Ein Psychopathenheim anzulegen, ohne einige Morgen Land für Turnplatz, Hof und Garten und womöglich auch Feld und Wald wäre daher verlorene Mühe. Denn gerade diese Freiheit der Bewegung, diese Gelegenheit zum jugendlichen Austollen und Austoben, zu Beschäftigung und Arbeit in einfachster, natürlicher, ländlicher Umgebung, das ist es, was das Knabenherz verlangt und dessen Entbehrung schon bei dem normalen Großstadtkinde hemmend einwirkt auf die freie Entwicklung der seelischen Kräfte, beim krankhaft Veranlagten aber die innere Unausgeglichenheit im Fühlen und Wollen in ganz besonderem Maße weiter zu steigern und zu schädigen geeignet ist. Neben Hausordnung und fester Tageseinteilung ist diese Möglichkeit zu lustvoller Betätigung in freier Natur das zweite, fast ohne unser Zutun und mächtig wirksame Moment zur Entlastung und zum Ausgleich aller inneren Spannung und zur oft raschen Wiedergewinnung des verlorenen seelischen Gleichgewichts. Diese Wirkung weiter zu fördern durch planmäßigen Ausbau der hier sich bietenden Möglichkeiten ist daher eine wichtige und nicht so sehr im Prinzip, als ganz besonders im Einzelfalle schwierige Aufgabe. Ihr reihen sich als letztes an die systematische Ausnutzung des kindlichen Spieles im Zimmer und im Freien, für sich allein und in sorgfältig überwachter Gemeinsamkeit.

Machen wir uns einmal klar, daß alles Spiel der kleinen und jugendlichen Menschen ebenso wie das der höheren Tiere, soweit diese ein Jugendleben haben, der Ausdruck triebhafter, artkonstanter Tendenzen ist, deren biologischer Zweck darin liegt, alle durch die ererbte Struktur des Zentralnervensystems und des ganzen Organismus gegebenen Betätigungsmöglichkeiten oder wie Bühler es treffend nennt, ihre „plastischen Anlagen“ durch Übung und Ausbildung zu entwickeln, bis daß das reife Individuum fähig wird zur selbständigen Erhaltung und Behauptung seines eigenen Lebens und zur glatten Einordnung in den staatlichen und gesellschaftlichen Organismus; und bedenken wir weiterhin, daß wie Lloyd Morgan sich einmal ausdrückt, die Harmonie zwischen dem biologisch Wertvollen und der individuellen Befriedigung eine ursprüngliche Tatsache ist, die wir voraussetzen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen, wenn wir das Leben verstehen wollen, dann können wir die Bedeutung des Spieles für die Entwicklung aller seelischen Kräfte, ganz besonders derjenigen des Gefühls- und Willenslebens für unsere psychopathischen Kinder gar nicht hoch genug einschätzen und müssen seiner Pflege unsere ganz besondere Sorgfalt entgegenbringen. Hier liegt die Quelle aller Lust und Freude, aller Strebungen und Betätigungen, die zu höheren Gefühlen und zu edleren Willensimpulsen, wie das Gemeinschaftsleben im modernen Staat es verlangt, zu fördern unser Ziel und unsere Aufgabe ist.

Bei den rohen, groben, rein egoistisch eingestellten Psychopathen mit ihren Tendenzen zur Entgleisung der Gefühle in wilde Herrschsucht, Grausamkeit und Heimtücke bietet sich hier Gelegenheit, im Gemeinschaftsspiel die Folgen immer von neuem erleben zu lassen, die sich aus der hemmungslosen Befriedigung ihrer Wünsche ergeben. Die ebenso gewaltsame Reaktion gleich rücksichtsloser Kameraden wirkt ganz von selbst dämpfend auf solche Betätigung und führt allmählich zu der von entsprechenden Gefühlen begleiteten Erkenntnis, daß die Zügelung der Wünsche des Augenblicks schon für die nahe Zukunft höhere und nachhaltigere Freuden verschafft als das Sichgehenlassen im Augenblick. Bei stündlich und täglich wiederholter Erfahrung der gleichen Art verlieren so die elementaren rohen Instinkte an Kraft und an ihre Stelle treten, besonders wenn der Leiter durch geschickte Anknüpfung an prägnante Einzelerlebnisse ihre Wirkung belehrend ausbaut, allmählich neue Kräfte, die zur Selbstzucht und Selbstbeherrschung führen; so wird die Übung in der Einfügung in die kleine Welt des Kindes zur Vorübung für die glatte Einordnung des Erwachsenen in die große Welt der sozialen und staatlichen Gemeinschaft. Auch kleine Belohnungen und Strafen, besonders in Form der Verweigerung oder Genehmigung lange bestehender Wünsche nach irgendeinem Genuß, können zur Zügelung allzu starker Affekte und zur Veredlung der triebhaften, egoistischen Tendenzen Wesentliches beitragen. Auch die Übertragung von kleinen Aufgaben und Ämtern, die Selbstbeherrschung, Ehrlichkeit und Treue erfordern, wie Einkäufe, besonders an Lebensmitteln zu machen, Geld zur Post zu tragen, dauernd die Pflege bestimmter Haustiere zu besorgen u. ä., mit zunehmender Steigerung der dazu nötigen Selbstüberwindung, ist ein weiteres Mittel zum gleichen Ziele.

Ist es bei dieser ersten Gruppe mehr das Hemmen, das Wehren und das Beschneiden allzu üppiger Antriebe, so haben wir bei der zweiten Gruppe umgekehrt unser Augenmerk darauf zu richten, daß sie ihre Schüchternheit und Ängstlichkeit überwinden, Mut und Vertrauen zu sich selbst und zu ihren Leistungen gewinnen. Mehr Lob also und Belohnung bei kleinen Leistungen, bei gelungener Überwindung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Neigung zum Weinen und Verzweifeln bei kleinen Fehlschlägen mit langsamer Steigerung der geforderten Aufgaben; weitgehende Berücksichtigung ihrer Neigung zu friedlich-harmlosen Beschäftigungen, wie Pflege der Blumen und der kleinen Haustiere; Herabminderung der so oft bestehenden Tendenz zu einsamem Grübeln oder allzu starker Reflexion über sich selbst, durch Öffnen von Auge und Ohr für die Natur und für die realen Forderungen des Lebens; Schulung in der Beherrschung von augenblicklichen Mißgefühlen oder Stimmungen; Zusammenführung ähnlich gestimmter Naturen zu Knüpfung von Freundschaften, Zuweisung jüngerer Kameraden, die sie ihrerseits beschützen und anleiten sollen, Stärkung des Selbstbewußtseins durch Übertragung kleiner Ämter im Hause, die sonst nur den Großen und Willensstarken vorbehalten sind und wirkliche Verantwortung erfordern: das sind so einige Gesichtspunkte, die bei der Behandlung dieser allzu weichen und empfindsamen, zu Stimmungsschwankungen und Einseitigkeiten neigenden Kinder in Betracht kommen. Unterstützt muß die Behandlung bei ihnen stets werden durch sorgfältigste Berücksichtigung ihrer oft wenig guten allgemeinen körperlichen Gesundheit und ihrer dauernd gesteigerten Ermüdbarkeit. Vermehrter Nachtschlaf, regelmäßige Mittagsruhe, häufigere und kleinere Mahlzeiten, Abhärtung des Körpers durch Luft- und Wasseranwendung und andere speziell medizinische Maßnahmen sind bei ihnen zur Ergänzung der rein pädagogischen Behandlung kaum je entbehrlich. Durch die gemeinsame Wirkung solcher körperlicher, psychischer und unmittelbar pädagogischer Beeinflussung gelingt es auch hier fast immer allmählich, seelische Schwächen und Disharmonien auszugleichen und wenigstens leidlich willensstarke, für das Leben brauchbare Menschen aus ihnen heranzubilden.

Daß unter diesen Umständen die eigentliche Leitung eines Psychopathenheimes oder, wie wir deutsch sagen können, eines Heilerziehungsheimes, in den Händen eines erfahrenen Pädagogen liegen muß, bedarf keiner weiteren Begründung. Die Aufgabe des Psychiaters wird es lediglich sein, auf Grund eingehender körperlicher und psychischer Untersuchung die Auswahl derjenigen Kinder zu treffen, für die die Aufnahme in ein solches Heim unerläßlich ist und den Pädagogen darüber zu beraten, welche besonderen krankhaften Eigentümlichkeiten dem einzelnen Kinde innewohnen und auf welchem Wege sie erzieherisch günstig beeinflußt werden können.

Für die Prognose, also die Frage, ob eine Beseitigung der psychopathischen Anomalien durch eine solche heilpädagogische Einwirkung überhaupt möglich ist, werden wir in Betracht ziehen müssen, daß allen schwereren Störungen grundsätzlich Disharmonien der angeborenen, meist nachweislich ererbten Funktionen des seelischen Lebens zugrunde

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegen, eine völlige Beseitigung dieser charakterologischen Elemente also kaum zu erwarten ist. Im Gegensatz zu einer eigentlichen Krankheit, die eine Störung der Funktionen des Organismus in sich begreift mit einem bestimmten Anfang, mit mehr oder minder typischem Verlauf und Ausgang, werden wir also bei den Psychopathen von einer eigentlichen Heilung nicht sprechen dürfen; wir werden uns vielmehr darauf beschränken müssen zu fragen, ob und wie weit es uns gelingen kann und im Einzelfall gelungen ist, die Störungen der Intensität und der Maßbeziehungen der seelischen Anomalien zu mildern, bis zu dem erstrebten Ziel, daß die Kinder und Jugendlichen nunmehr fähig geworden sind, ohne unsere besondere Leitung und Überwachung auf die Reize der Umwelt des gewöhnlichen Lebens so zu reagieren, daß sie als brauchbare Mitglieder in die menschliche Gesellschaft sich einordnen können.

Wissenschaftliche und praktische Erfahrungen über die Grenzen einer solchen Beeinflussungsmöglichkeit liegen noch nicht in genügender Zahl vor. Um sie zu sammeln, ist eben ein Zusammenarbeiten zwischen Psychiater und Pädagogen und vor allem die Weiterverfolgung des Geschickes derjenigen Kinder nötig, die nach genauer Fixierung ihrer seelischen Anomalien Jahre hindurch einer solchen heilpädagogischen Einwirkung unterworfen worden sind. Die bisherigen Erfahrungen, besonders meine persönlichen fünfjährigen Erfahrungen aus dem Heilerziehungsheim der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge in Templin sind erfreulich und recht ermutigend.

Sie haben einmal gezeigt, daß alle die Steigerungen der krankhaften Anlage, die durch ein ungünstiges Milieu und die individuelle Reaktion darauf erzeugt worden sind, relativ rasch und sicher beseitigt werden können, und das bedeutet allein schon einen gewaltigen Erfolg, der unser zukünftiges Handeln leiten muß.

Sie haben aber auch weiterhin gezeigt, daß die endogenen psychischen und charakterologischen Besonderheiten des einzelnen Kindes um so weniger einer Beeinflussung zugängig sind, je näher der abnorme Zustand den echten nervösen und geistigen Krankheiten steht oder gar als Vorläufer dazu angesehen werden muß. Die zu endogenen Verstimmungen und sinnlosen Wut- und Jähzornausbrüchen neigenden sog. epileptoiden Psychopathen eignen sich daher, ebenso wie die an länger dauernden Stimmungsschwankungen im Sinne des manisch-depressiven Irreseins leidenden oder die ganz bizarren, eine einheitliche Persönlichkeit überhaupt kaum noch besitzenden, der Hebephrenie nahestehenden Jugendlichen, kaum für die Aufnahme in ein Psychopathenheim; ist die eigentliche Natur dieser Kinder im Heim klar erkannt und baldige Beseitigung der Störungen nicht erzielt worden, dann wird vielmehr zur Vermeidung unnützer Geldausgaben oder von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schädigungen der übrigen, bei großer Intensität der Störungen Überweisung in eine geschlossene Irrenanstalt zu erwägen sein.

In allen übrigen Fällen werden wir auf Erfolge hoffen können; zwar nicht in dem Sinne, daß wir die Triebstärke und Aktivität, die Regsamkeit, die Lebhaftigkeit der Phantasietätigkeit oder die Neigung zu schüchterner Abschließung, zu Selbstbetrachtung und Einseitigkeit gänzlich in das Gegenteil umkehren können, aber doch in dem Sinne, daß wir die Intensität dieser Tendenzen und Gefühlsregungen und ihre gestörten Maßbeziehungen zueinander mildern und ausgleichen und so die psychische Grundlage verbessern können, auf der eine individuell und sozial erfreulichere Persönlichkeit sich entwickeln kann. Ganz besonders gilt diese günstige Beeinflussungsmöglichkeit für alle die Fälle, in denen die Überempfindlichkeit gegen alle aus dem Organismus und der Außenwelt stammenden Reize mit ihren Begleiterscheinungen der gesteigerten Reizbarkeit, Ermüdbarkeit und Konzentrationsunfähigkeit, sich kombiniert mit körperlichen Schwächezuständen. Denn hier steht uns der doppelte Weg der Besserung durch körperliche und psychische Behandlungsmethoden zur Verfügung, und daß gerade hier die besten Ergebnisse erzielt werden, darüber kann die Erfahrung schon als abgeschlossen angesehen werden.

Im übrigen können wir prinzipiell nur sagen, daß die Aussichten auf Erfolge um so größer sind, je früher die psychopathischen Anomalien bei einem Kinde erkannt werden, je schneller, sachlicher und andauernder sie heilpädagogisch behandelt werden und je langsamer und milder sich der Übergang gestaltet von dem sorgfältig überwachten Anstaltsleben bis hinaus in die selbständige Betätigung in einem bürgerlichen Beruf. Diesen Übergang stufenmäßig zu gestalten und neue Einrichtungen zu schaffen zur Vertiefung und Festhaltung der mühsam errungenen Erfolge auch bei den aus unseren Anstalten Entlassenen wird eine letzte und nicht die unwichtigste Aufgabe der Psychopathenfürsorge sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Aus dem Vereinslazarett Dr. Edel, Charlottenburg.)

Ein Fall von Bromvergiftung durch Bromural mit paralyseähnlichen Symptomen.

Von
Dr. H. Stern.

Mit 1 Textabbildung.

(*Eingegangen am 12. Dezember 1918.*)

In der Literatur über die Bromvergiftungen finden sich zahlreiche Hinweise auf die merkwürdige Ähnlichkeit zwischen den hier auftretenden Sprach- und Schriftstörungen und denen bei progressiver Paralyse. Auch das psychische Zustandsbild der Bromvergiftung zeigt in dem gleich zu erörternden Fall manche Ähnlichkeit mit dem der Paralyse.

Aus der Vorgeschichte: 39jähriger Kartograph. Am 29. 7. 1918 vom Kriegslazarett Warschau nach der hiesigen Anstalt gebracht mit der Diagnose: „Progressive Paralyse." War zunächst heiter, aufgeräumt, ohne Krankheitsgefühl. Auffällig war sein etwas unsicherer Gang, die leicht verwaschene, stolpernde Sprache und ein etwas ungeschicktes, verlegenes Hervorkehren betont militärischer Umgangsformen. Die Untersuchung am nächsten Morgen ergab bei sonst normalem körperlichem Befund träge reagierende Pupillen und eine recht erhebliche Sprachstörung, die durch verwaschene Artikulation und Silbenstolpern charakterisiert war. Die Sehnenreflexe an den Knien waren mit Jendrassikschem Handgriff beiderseits auslösbar, die Blase leer, und die Sensibilität ohne Störung. Der Gang war unauffällig. Bei Augen-Fußschluß trat kein Schwanken ein.

Psychisch zeigte Patient außer einer im Gegensatz zu gestern hervortretenden niedergeschlagenen Stimmung nichts Auffälliges. Er war in jeder Beziehung orientiert, hatte Einsicht für seine Lage, äußerte allgemein nervöse Beschwerden. Die Unterhaltung strengte ihn sichtlich an, er machte einen zerstreuten Eindruck. Über die Einzelheiten seiner Reise wußte er nichts anzugeben und bat, ihm vorläufig möglichst Ruhe zu gönnen. In den nächsten Tagen wurde sein äußeres Verhalten vollkommen korrekt, die Sprachstörung verschwand völlig, die Pupillen reagierten prompt auf Licht und Konvergenz. Die Wassermannsche Reaktion im Blut fiel negativ aus, der Liquor zeigte negativen Wassermann und keinen vermehrten Eiweißgehalt (Nonne-Apelt negativ).

Aus der Krankengeschichte Warschau: Vom 24. VII. 1918: Patient ist zeitlich im großen und ganzen orientiert; weiß, daß er sich in W. befindet, glaubt aber, in einer Kaserne zu sein. Weiß nicht, daß er sich unter Kranken befindet. Sonst nicht orientiert über seine Lage. Fühlt sich nicht krank, bittet um Entlassung. Bei der Unterhaltung fällt die verwaschene Sprache und das gehobene Bewußtsein auf.

Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Vom 25. VII. 18: Patient hat sich in letzter Nacht ruhig verhalten. Weiß, daß er sich unter Geisteskranken befindet. Das undeutliche Sprechen hätte er jetzt schon 14 Tage. Angeblich keine Gedächtnisabnahme. Vereinzelte Größenideen. Sein Vater sei Hauptmann, hätte angeblich eine Batterie, er hätte das E. K. I, sei 67 Jahre. Gibt an, im Jahre 1892 geheiratet zu haben. (Wäre dann erst 15 Jahre alt gewesen.) Muß 1877 + 15 auf einem Zettel schriftlich ausrechnen, da er es im Kopfe nicht zusammenkriegt. Er sei im Jahre 1901 aktiv geworden. Er sei Batterieführer gewesen und Hauptmann, er habe Sturm auf den Hartmannsweilerkopf gelaufen. Bei Kriegsausbruch sei er auf der Tafel Sinai gewesen und hätte dort trianguliert. Im Frieden habe er schon sechs Orden gehabt. Er könne noch fünfmal verkehren hintereinander. Nachsprechen:

27638456 = 23678543, 7653 = + 97625 = +, 8974 = +, 34823 = 3482.

Aus dem Befund: Gesicht schlaff innerviert. Pupillen r. und l. rund, reagieren ziemlich prompt auf Licht. Zunge zittert beim Herausstrecken. Acetongeruch aus dem Mund. Romberg +. Blase nicht gefüllt. Sprache verwaschen. Reflexe: o. B. Schriftstörungen. Beim Gehen leichte Ataxie. Beim Anziehen steigt er mit den Füßen in die Hemdärmel.

Am 10. VIII. 18. gibt der Kranke an: Anfang Juli 1918 erkrankte er in Warschau und nahm wegen der darauffolgenden Schlaflosigkeit und inneren Unruhe nach Grippe täglich etwa fünf Stück Bromuraltabletten zu 0,3 g durch 14 Tage hindurch. Während dieser Zeit machte er eine Dienstreise von W. nach Berlin und zurück. Nach seiner Rückkehr veranlaßte ihn ein kurzer Fieberrückfall, mit der Dosis in die Höhe zu gehen. Er nahm schließlich 12 Tabletten im Laufe eines Tages und zwar meist zwei auf einmal. In den letzten zwei Tagen vor Ausbruch der Psychose nahm er noch mehr; am Vormittag des 24. VIII. nahm er allein 20 Tabletten zu sich. Im ganzen hat er sich also etwa 20 Tage lang Bromural zugeführt, wobei er anfangs zwei Wochen hindurch Tagesdosen von 1,5 g, dann ein paar Tage lang 3,6 g zu sich nahm und schließlich während dreier aufeinanderfolgender Tage die Dosis so steigerte, daß er am letzten Halbtag vor Ausbruch der Vergiftungserscheinungen, die Gabe von 6 g Bromural erreichte.

Exploration: 12. VIII. 18. (Wie verhält sich Ihr Erinnerungsvermögen für das während Ihrer Krankheit Erlebte?) — Ich habe eigentlich die Erinnerung, als ob ich einen Rausch gehabt hätte.

(Ist die Erinnerung unklar?) — Sie ist bloß unklar für den ersten Tag im Lazarett.

(Wie war Ihre Stimmung dabei?) Am 23. da hab' ich mich recht unwohl gefühlt. Am 24. hab' ich das Gefühl, als ob ich damals einen Rausch gehabt hätte. Ich war während der ganzen Untersuchung gereizt.

(Wissen Sie, daß Sie Größenideen geäußert haben?) — Ja, ja, das weiß ich noch. Ich hab' mich in der nächsten Stunde geschämt, daß ich so gelogen hatte, wußte aber selber nicht, warum ich's getan hatte.

(Hielten Sie Ihre Größenideen für wahr, während Sie sie vorbrachten?) — Nein, eigentlich nicht, ich wußte ganz genau, daß ich lüge.

(Was haben Sie denn alles gesagt?) — Es war so eine gewisse Renommisterei. Ich merkte, daß er mir nicht alles glaubte und hab' mich eigentlich sofort innerlich geschämt.

(Konnten Sie gut schreiben?) — Ich glaube, ich hab' sehr schlecht geschrieben.

(Woran lag das?) — Ich hab' jetzt so das Gefühl, als ob ich damals nicht so recht hab' denken können. Ich möchte aber beinahe sagen, es lag mehr an der Geschicklichkeit. Die Feder hat mir nicht gehorcht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Sahen Sie beim Schreiben verschwommen oder doppelt?) — Nein, davon ist mir nichts bewußt.

Aus verschiedenen Gesichtspunkten bietet der vorliegende Fall Merkwürdiges.

Das Bromural ist ein α-Monobromisovalerylcarbamid. Das Brom darin spielt in der pharmakologischen Wirkung des Präparates nach den meisten bisherigen Untersuchungen eine untergeordnete Rolle, ja es gibt Autoren, die dem Brommolekül im Bromural jede Wirkung absprechen. Doch sind in der Literatur auch eine Reihe von Beobachtungen festgehalten, die das Vorhandensein einer Bromwirkung, also auch das Vorkommen einer Bromabspaltung und Resorption im Körper sehr wahrscheinlich machen.

In unserem Fall sehen wir die für Bromvergiftung typischen Symptome begreiflicherweise nicht vollständig, weil das Beobachtungsmaterial leider nicht durch eine dauernde, unter speziellen Gesichtspunkten durchgeführte Untersuchung gewonnen ist. Immerhin läßt sich folgendes darstellen:

Die Vergiftung muß als „akute Bromvergiftung" aufgefaßt werden. Trotz des anfänglichen „Einschleichens" des Bromurals fand bei der hohen Bromzufuhr kurz vor Ausbruch der Vergiftungserscheinungen offenbar eine Überschwemmung des Organismus mit Brom statt, die zur akuten Vergiftung führte.

Die körperlichen Erscheinungen bei unserem Fall decken sich mit einem Teil der als charakteristische Symptome der Bromvergiftung beschriebenen Phänomene, die R. Ammann[1]) in seiner schönen Arbeit, welche die wesentliche bisherige Literatur berücksichtigt, zusammengestellt hat.

Eigenartig und gleichfalls für Bromvergiftung sprechend war das seelische Verhalten. Die Stimmungslage war in den ersten Tagen offenbar euphorisch, dabei aber eigentümlich gereizt. Daneben bestanden Größenideen bei mangelndem Krankheitsgefühl. Auch zeigen sich Ansätze zu paranoischem Verhalten, das gleichfalls bei Bromvergiftung beschrieben ist. Die Verstimmung in der Bromvergiftung pflegt zumeist gedrückt und „tränenreich" (Ammann) zu sein, während manische Zustände, beschrieben von Schabelitz[2]), selten sind. Unser Fall zeigte eine ausgesprochene manische Verstimmung. Der jähe Umschlag der euphorischen Stimmungslage in die Depression, die am 3. Tage einsetzte, und die der Kranke noch hier zwei Tage lang, also noch am 5. und 6. Tag seit Ausbruch der Vergiftungssymptome zeigte, darf zum Teil auf das

[1]) R. Ammann: „Die Bromvergiftung und ihre Schriftstörungen", Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **34**.

[2]) H. Schabelitz: „Experimente und Selbstbeobachtungen im Bromismus", Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **28**.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

plötzliche Abbrechen der Brommedikation zurückgeführt werden, das stets von lebhaften seelischen Alterationen begleitet zu werden pflegt und zu verwirrten Erregungszuständen mit Gewalttätigkeit führen kann. Abgesehen davon ist aber ein Umschlag der Stimmung in ihr Gegenteil nach Überschreitung des Höhepunktes der Bromvergiftung schon an sich die Regel.

Die intellektuellen Funktionen waren gleichfalls in typischer Weise gestört. Der Patient selbst empfand: „Ich konnte nicht mehr recht denken." Seine renommistischen Erzählungen, Größenideen und seine Ausreden zeigen einen hohen Grad von Schwachsinn an, der äußerlich stark an die Demenz des Paralytikers erinnert. Hierzu kommt als weiteres Merkmal die Störung der Merkfähigkeit und der gesamten Auffassung. Zahlenreihen können nicht nachgesprochen werden, die umgebenden Vorgänge werden nur so unzusammenhängend aufgefaßt, daß eine örtliche Orientierung nicht zustande kommt. Daß dabei eine Aufmerksamkeitsstörung bei großer Ermüdbarkeit hier zugrunde liegt, die den Grund zu mangelhafter Einprägung und somit auch zu der lückenhaften Rückerinnerung abgibt, darf wohl angenommen werden.

Über den Zustand des Bewußtseins während der Vergiftung erlauben unsere objektiven Aufzeichnungen und die Exploration des Kranken nur ungefähre Schlüsse. Das verschwommene Bewußtsein der Berauschten, das der Kranke mit seinen Worten, es sei wie ein Rausch gewesen, kennzeichnen will, zeigt uns an, wie wir uns die Bewußtseinsverfassung des Patienten während der Vergiftung zu denken haben.

Die Willenstätigkeit hielt sich scheinbar im allgemeinen in verständlichem Einklang mit der Gemütsverfassung und den intellektuellen Vorgängen. Jedenfalls traten weder impulsive Handlungen, noch der oft beobachtete abulische Zustand in Erscheinung. Eine ausgeprägte Willensschwäche dokumentiert sich aber immerhin in der aus der Erinnerung wiedergegebenen Tatsache, daß er trotz besseren Wissens und trotz der Scham über die behaupteten Unwahrheiten, seine „Renommistereien", wie er sich ausdrückt, nicht willentlich unterdrücken konnte.

Die Störungen von Sprache und Schrift waren für Bromvergiftung durchaus charakteristisch. Es waren die Hauptmerkmale der Sprachstörung vorhanden, wie sie Binswanger[1]) beschreibt: „Der sprachliche Ausdruck ist mangelhaft, schwerfällig, einsilbig. Die Sprachartikulation ist erschwert, plump, lallend, unordentlich. Es tritt eine Art Silbenstolpern und Verschleifen der Konsonanten, ähnlich wie bei der paralytischen Sprachstörung ein."

Die Schrift zeigt eine Reihe von Merkmalen, die bei Bromvergiftung beschrieben sind.

[1]) O. Binswanger: „Die Epilepsie". Nothnagels spez. Path. u. Ther. **1913.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Binswanger schildert: „Die Schrift wird kritzlig und unordentlich, die Patienten lassen einzelne Buchstaben aus, verstellen Silben und schreiben oft verkehrte Worte nieder . . ."

Steffen[1]) vermutet, daß Augenflimmern und Doppeltsehen Hauptursache der Schriftstörung sei. Am detailliertesten hat Ammann die Schreibstörung analysiert. Er hebt hervor, daß sich die Schriftstörung bei der Bromvergiftung aus körperlichen plus seelisch bedingten Faktoren zusammensetzt.

Tremor, Ataxie, Muskelschwäche und evtl. Augenmuskelstörungen tragen als körperliche Faktoren zu den Erscheinungen der druckschwachen,

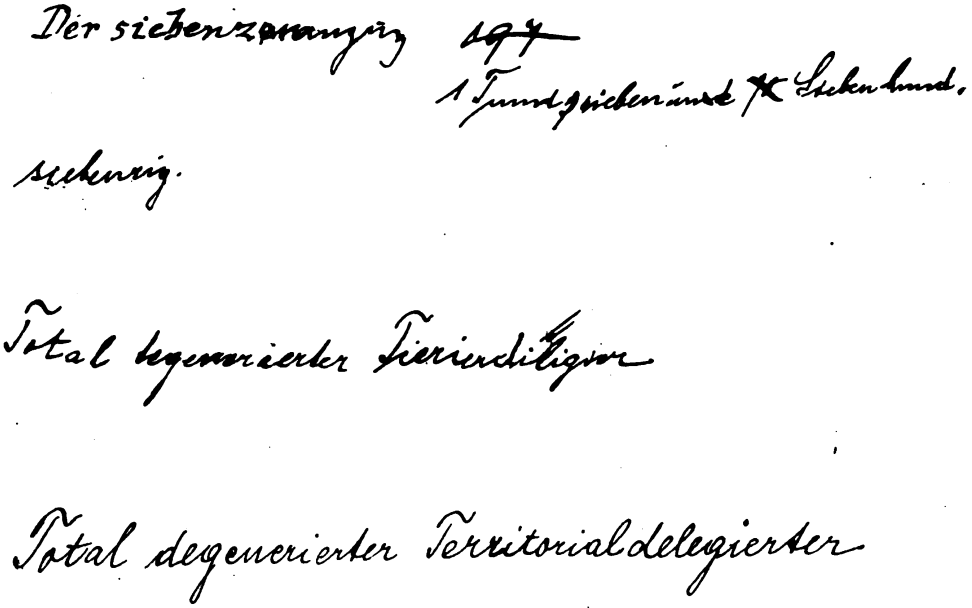


Abb: 1.

zittrigen, ungeordneten Schrift mit Übereinandergeraten der Schriftzeichen bei, während in der Veränderung der Schriftform, den Auslassungen, Umstellungen und Inhaltsveränderungen sich die seelische Störung dokumentiert. Unsere Schriftprobe ist ausgesprochen kritzlig, ungeordnet, stellenweise übereinandergeschrieben und zittrig und zeigt sinnentstellende Umstellungen und Auslassungen von Buchstaben.

Unser Fall lehrt, daß das Zustandsbild einer Bromvergiftung paralyseähnlich aussehen kann, was bei einer „Anhiebsdiagnose" evtl. unliebsame Folgen nach sich ziehen kann. In unserem Falle hat ja wirklich die kurze Beobachtung im Festungslazarett zur Festlegung auf die Diagnose „Progressive Paralyse" geführt. Trotz erhaltener Lichtreak-

[1]) H. Steffen: „Die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie." Diss. Zürich 1912.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tion der Pupillen und vorhandener Patellarreflexe hat wohl die exquisite Sprachstörung und das dement-euphorische seelische Verhalten mit den „schwachsinnigen Größenideen" zur Diagnosenstellung verleitet. Viel zur Festigung des Paralyseverdachtes mag auch die allerdings zum Verwechseln ähnliche Schriftstörung beigetragen haben.

Abgesehen von der serologischen Untersuchung, die für die moderne Paralysediagnostik unbedingt zu fordern ist, war aber bereits das Zusammentreffen von psychisch verdächtigem Zustandsbild und nur einem „klassischen" körperlichen Symptom (Sprachstörung) statt zweier, wie zu verlangen ist, eigentlich zu dürftig. Die Ataxie durfte als nicht „klassisches" körperliches Paralysesymptom jedenfalls nicht in die diagnostischen Erwägungen einbezogen werden. Bedenkt man aber, daß bei der Bromvergiftung die Patellarreflexe nach anfänglicher Steigerung erlöschen können, so fällt erst recht ins Auge, wie vorsichtig in zweifelhaften Fällen die Diagnostik der Paralyse zu verfahren hat, und wie unbedingt die Anstellung der Wassermannschen Reaktion im Blut und Liquor sowie die anderen Liquorproben zu verlangen sind. Es wäre müßig, die Eventualitäten, die eine solche Fehldiagnose nach sich ziehen könnte, hier zu erörtern.

Zum Schluß der Arbeit sei noch in Erwägung gebracht, ob man auch so harmlose Sedativa und Hypnotica wie das Bromural dem Patienten ohne weiteres in die Hand geben darf. Gewiß, das Bromural ist relativ unschädlich, dies beweist sogar gerade unser Fall, wo trotz schwerer Vergiftung des Hirnrindengebietes lebenswichtige Zentren, wie das Atemzentrum, offenbar noch nicht alteriert waren. Das gleiche zeigen eine Reihe von Selbstmordversuchen aus der Literatur, die alle trotz einmaliger Gaben von 12, 30, ja 50 Tabletten Bromural günstig verlaufen sind.

Immerhin, die Behauptung in der Bromural-Broschüre der Firma Knoll: „Physiologische Untersuchungen haben ergeben, ... daß eine Nachwirkung des Mittels auf den folgenden Morgen schon deshalb ausgeschlossen ist, weil das Bromural im Lauf von 4—5 Stunden im Körper vollständig oxydiert und ... bald ausgeschieden wird" sowie die Bemerkung von Remy[1]) über seinen „Mangel an toxischer Wirkung und seine schnelle Ausscheidung" müssen durch spezielle Untersuchungen nachgeprüft und voraussichtlich korrigiert werden. Die Aufspeicherung und toxische Wirkung von Brom bei Bromuralgebrauch war in unserem Fall jedenfalls Tatsache.

Zusammenfassung.

1. Akute Bromvergiftung mit Bromural durch plötzliche Steigerung der Tagesdosis nach anfänglichem „Einschleichen" des Medikaments.

[1]) Remy, zit. nach Bromural-Broschüre von Knoll.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Beweis der Bromwirkung des Bromurals durch typische Symptome in unserem Fall: a) Körperlich: Sprachstörung, Schriftstörung (soweit hierher gehörig), Ataxie, Tremor; b) Seelisch: Anfangs paralyseähnliche Demenz, manischer Zustand, Euphorie, Gereiztheit, Größenideen; dann Stimmungsumschlag in kurze Depression und Wiederherstellung der intellektuellen Funktionen.

3. Möglichkeit der Verwechslung des Zustandsbilds der Bromvergiftung mit dem der progressiven Paralyse, daher Anwendung aller diagnostischer Kautelen in Zweifelsfällen.

4. Warnung vor unvorsichtigem Gebrauch des Bromurals und einschlägiger Präparate durch Laien trotz deren relativer Unschädlichkeit.

Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Elektro-suggestive Behandlung hysterischer Stupor- und Dämmerzustände.

Von
Stabsarzt Dr. **K. E. Mayer** (Tübingen-Ulm).

(Eingegangen am 22. Dezember 1918.)

Schon von anderer Seite wurde versucht, und zwar mit Erfolg versucht, auch den hysterischen Stupor- und Dämmerzuständen auf elektrosuggestivem Wege beizukommen. Trotzdem halte ich eine Veröffentlichung über diese Frage für zeitgemäß und erforderlich. Denn bei der immer noch bestehenden Verkennung und der mitunter sogar scharfen Verurteilung der elektro-suggestiven Behandlungsmethoden sowohl in Laien- als auch in Ärztekreisen kann, insbesondere jetzt, wo alles Bestehende einer scharfen Kritik unterworfen wird, an aufklärenden Arbeiten über diese Fragen nicht zu viel geschrieben werden. Außerdem habe ich aber auf Grund der mir zugehenden Krankengeschichten den Eindruck gewonnen, daß auch Nervenärzte und Nervenabteilungen diesen psychischen Äußerungen der von den Unbilden des Daseins in krankhafte Zustände sich rettenden Neurotiker anscheinend hilflos gegenüberstehen. Ich gebe zu, daß auch ich einige Kranke in hysterischem Dämmerzustande schließlich aus meiner Beobachtungsabteilung in ein Psychosen-Lazarett abschieben mußte, da sie mit Verbalsuggestion nur vorübergehend zu beeinflussen waren. Denn bei jedem Versuch, die anscheinend wiedererwachten Kranken zur Truppe zurückzuschicken, sanken sie von neuem in einen tieferen Traumzustand zurück. Zur Veranschaulichung der Entstehungsweise und zur Bewertung dieser Zustände sprach ich in den Gutachten für Gericht und Truppe von „erwünschten oder gewollten hysterischen Traumzuständen“ und erläuterte diesen Ausdruck dementsprechend, so daß auch der Laie einen Begriff von der nahen Verwandtschaft zwischen Simulation und Hysterie bekommen konnte: wie dem Beginn dieser Zustände häufig ein bewußter, vom Willen noch gelenkter Einfall zugrunde liegt, wie dann aber der Wille und die bewußte Vorstellung die Zügel verlieren und eine Automatisierung, „Hysterifizierung“ des Zustandes eintritt, wie der Beginn oft noch vom normal-psychologischen Standpunkt aus zu verstehen, der weitere Verlauf aber als krankhaft hysterisch zu bewerten ist und eine hysteriefähige Persönlichkeit voraussetzt, wie die einmal gewählte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rolle weitergespielt und ganz allmählich aus dem Darstellen der Dargestellte wird.

Hier begegneten wir besonders häufig den leichten hysterischen Traumzuständen bei Soldaten, deren Urlaub soeben abgelaufen war oder bei Mannschaften, die eine über sie verhängte Gefängnisstrafe antreten sollten. Bei diesen Zuständen fehlten in der Regel zunächst alle Zeichen von Wahnbildung oder Sinnestäuschungen. Die Kranken machten den Eindruck, daß sie sich von der Außenwelt absperrten, daß sie sich an nichts mehr errinnern wollten und deshalb sich schließlich auch an nichts mehr erinnern konnten, vor allem nicht mehr an unangenehme Vorgänge. Wir finden alle Übergänge vom vollständigen Stupor bis zu der bloßen Erinnerungslosigkeit an eine Straftat, an eine Urlaubsüberschreitung u. a.

In dem halbbewußten Bestreben, alles Unangenehme von sich fernzuhalten, in der Hoffnung, daß eine drohende Gefahr dadurch vorübergehe, daß man sich schlafend- oder totstelle, äußert sich in instinktiver Weise ein durch das ganze Tierreich verbreiterter Trieb. Wehrt sich der Käfer, die Unke, die sich totstellen, der Hund, der sich zusammenrollt und die Augen schließt, wenn er Schläge fürchtet, das Kind, welches in einem brennenden Hause sich unter die Decke verkriecht, nicht auf dieselbe Weise, wie der Hysteriker, welcher nach seiner Inhaftierung in Stupor verfällt? Sie fliehen alle vor den Widerwärtigkeiten und Unbilden der Außenwelt, sie sperren sich gegen unabänderliche Tatsachen im unbewußten oder wenigstens nicht voll bewußten Dasein ab, sie suchen die Gefahr zu verträumen, weil sie sich fürchten, der Gefahr ins Auge zu sehen. Hierher gehört auch die Erzählung vom Vogel Strauß, der den Kopf in den Sand steckt, sobald eine Gefahr naht. Wenn auch der Naturwissenschaftler diese Behauptung in das Reich der Fabel verweist, so spricht doch ihre Verbreitung dafür, daß sie einem tiefeingewurzelten menschlichen Empfinden entspricht. Vom Standpunkt der allgemeinen Psychologie der Lebewesen erscheint diese Fabel deshalb gar nicht so unmöglich.

Ich bin nicht der Meinung, daß die Gleichartigkeit hysterischer Symptome gegen psychogene Entstehung spreche, wie dies für den Mutismus nach Granateinschlag schon behauptet wurde. Wohl aber zeigt m. E. diese Gleichartigkeit, daß es sich hierbei um eine tief eingewurzelte psychische Reaktion handelt. Dasselbe gilt für die in der Heimat entstehenden Stupor- und Dämmerzustände. Es sind psychische Mechanismen, deren Parallelen sich im Verhalten aller Lebewesen finden, die sich aber beim Hysteriker im Unterbewußten verlieren und deshalb dem Willen und der bewußten Vorstellung entgleiten. Man darf daher auch bei einem bewußten Beginn dieser Zustände meist nicht an planmäßige Täuschungsversuche denken, sondern vielmehr an instinktives

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Handeln. Auch Forster setzt als Triebkraft für die hysterischen Äußerungen weniger Begehrungsvorstellungen als einen „phylogenetisch immanenten Instinkt der Selbsterhaltung" voraus. Aber die Auslösung dieser psychischen Mechanismen, die zum Dämmerzustand führen, liegt (im Gegensatz zu der reflexartigen Entstehung nach Shock, Granateinschlag u. ä.) in den hier in Betracht kommenden Fällen noch mehr oder weniger im Bereich des freien Willens, so daß man eine subjektive Schuld nicht ganz ablehnen und deshalb den Ausdruck bewußter, „simulierter" Vortäuschung mitunter nicht für so unberechtigt halten darf. Häufig handelt es sich dabei wohl mehr um ein Sichgehenlassen, um mangelnde Beherrschung des innerlich vorhandenen Triebes nach Absperrung als um ein absichtliches Wollen und Bahnen dieser angeborenen Reaktionen. Doch die Grenze ist verwaschen; beides dürfte vorkommen; im allgemeinen wird, je bewußter, intellektuell klarer und affektiv ausgeglichener ein Mensch lebt, je weniger hysteriefähig er ist, um so mehr Absicht, bewußte Täuschung vorliegen — aber auch die Seltenheit dieser Zustände zunehmen. Im weiteren Verlauf derselben tritt immer mehr die Hysterifizierung, die Automatisierung, die Ausschaltung der bewußten Vorstellungs- und Willenstätigkeit hervor, so daß zum Schaden der Betreffenden oft ein ungewollt schwerer, nun ausgesprochen krankhafter Zustand geistiger Störung entsteht, aus dem sie sich ohne äußeren Anlaß (z. B. faradischen Strom) nicht mehr herausfinden.

Diese Stuporzustände bieten naturgemäß Bilder, welche an den katatonen Stupor erinnern. Denn im Wesen der Katatonie liegt ja die Absperrung, der Negativismus und Autismus. Hysterischer Traumzustand, Hypnose (bei der ebenfalls eine Absperrung von der realen Außenwelt stattfindet) und katatoner Stupor müssen daher schon aus dieser einfachen Überlegung heraus viele symptomatischen Ähnlichkeiten haben. Trotzdem bin ich bis zum Beweis des Gegenteils entsprechend der herrschenden Anschauung überzeugt, daß die Wurzel und damit das Wesen dieser Zustände scharf zu trennen sind, vor allem Katatonie einerseits und Hysterie und Hypnose andererseits, mag auch der Verlauf einer Katatonie oft durch seelische Einflüsse (durch einen Schreck, durch Ortsveränderung, durch Besuche) stark beeinflußt werden. Die tiefste Wurzel und die treibende Kraft der katatonen Reaktionsweise muß doch wohl in somatischen (chemischen oder kleinanatomischen) Veränderungen des Gehirns zu suchen sein, während bei der Hysterie materiell noch völlig unfaßbare seelische Vorgänge das eigentümliche Bild entrollen. Mit der Meinung derjenigen, welche, vor allem unter dem Einfluß der schwankenden Ergebnisse der Abderhaldenschen Reaktion, diese Zustände zu vermengen oder zum mindesten ihre Übergänge zu verwischen streben, stimme ich dementsprechend nicht überein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Vgl. z. B. Fauser, der nach Granaterschütterungen auch die Entwicklung einer dysglandulären Erkrankung vom somatisch-epileptischen Typus aus typisch hysterischen Störungen für möglich hält, und Uhlmann, der nach Trauma durch innersekretorische Störungen infolge Dauerwirkung einen Übergang vom hysterischen Typ in den schizophrenen „mehr somatischen" Typ annimmt.)

Ein Dauererfolg der hier vorgeschlagenen elektro-suggestiven Behandlung ist natürlich nur bei hysterischen Stupor- und Traumzuständen, nicht bei katatonen Stuporen zu erwarten, wenn auch vielleicht einmal ein Katatoniker vorübergehend durch Elektrizität aus seinem Stupor erwacht. Häufig dürfte bei der Reaktionslosigkeit der Katatoniker auch starken Reizen gegenüber dieser Fall nicht eintreten. Aber es ist zuzugeben: die Symptome von Hysterie und Katatonie sind oft zum Verwechseln ähnlich und im Enderfolg ist ebenfalls eine Unterscheidung oft schwer zu finden, ein etwas schwachsinniger infantiler Hysteriker, der nicht mehr aus seinem psychogenen Traumzustand aus eigener Kraft herauskommt und der auch nicht durch Energiezufuhr von außen aus seinem Dahindämmern herausgerissen wird, wird schließlich ein ähnlich verblödetes Bild bieten wie ein Katatoniker nach Ablauf der akuten Erscheinungen. Ich glaube, daß hierauf eine große Anzahl unserer diagnostischen und therapeutischen Irrtümer und Zweifel zurückzuführen ist. In diesem Fall kann der Erfolg der Behandlung geradezu von ausschlaggebender Bedeutung für die Beurteilung des Falles sein, wenn auch zu verlangen ist, daß möglichst vor Beginn der Behandlung zur Vermeidung von Mißerfolgen alle diagnostischen Hilfsmittel erschöpft sein müssen. Aber eben wegen der Gefahr, daß auch der Hysteriker in lang dauerndes Siechtum verfallen kann, ist es ein therapeutisches Gebot, den Hysteriker aus seinem Zustand psychischer Absperrung herauszubringen und dabei auch vor einem energischem, vielleicht auch etwas schmerzhaftem Mittel, wenn es nur kurz angewendet wird und ungefährlich ist, nicht zurückzuschrecken. Dieses Mittel haben wir im faradischen Strom. Die Anwendung des faradischen Stroms geschieht natürlich mit Unterstützung der Verbalsuggestion. Man sagt dem Kranken etwa, daß der Strom ihn aus dem Traumzustand aufwecke, daß derselbe aber die nötige Stärke haben müsse, um vom Gesäß, wo der Strom einströme, bis zum Kopf emporzusteigen, daß ihm außerdem mit dem Strom Energie zugeführt, seine Nerven wieder in Gang gebracht werden usw., je nach dem geistigen Begriffsvermögen des Behandelten.

Diese elektro-suggestive Behandlung wirkt einerseits direkt aufrüttelnd, andererseits ist sie auch in ihrer Wirkung dem meist etwas beschränkten Hysteriker wohl verständlich. Auch der hysterische Halbsimulant, bei dem andere milde Methoden suggestiver Beeinflussung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an dem mangelnden Gesundungswillen wirkungslos abprallen, kann auf diese Weise geheilt werden. Und endlich bildet die vorübergehende Unlustempfindung beim Faradisieren und die Befürchtung einer Wiederholung und Steigerung des Mittels ein Gegengewicht gegen die zum Rückfall treibenden Motive.

Die Resultate der elektro-suggestiven Behandlung bei hysterischen Traum- und Stuporzuständen waren mir, als ich mit dieser Behandlungsart begann, verblüffend: während sonst die Leute in ihrem stuporösen, ablehnenden Zustand wochenlang auf der Station herumlagen, vielleicht schon auf anderen Spezialabteilungen gelegen hatten und bei der geringsten ihnen zustoßenden Unannehmlichkeit sich immer tiefer in den schon abklingenden Traumzustand wie eine Schnecke in ihr Haus wieder zurückzogen, wurden nunmehr fast ohne Ausnahme alle derartigen Zustände in wenigen Minuten gelöst und unter der Suggestion des Nicht-mehr-Wiederkehrens meist für lange, wenn nicht dauernd beseitigt.

Zur Veranschaulichung mögen einige Beispiele dienen.

Fall 1. 20jähriger Kanonier K., von Beruf Zahntechniker. K. gab an, der Vater sei ein aufgeregter Mann, er selbst sei schon früher leicht aufgeregt gewesen. K. ist groß, schlank, ziemlich schwächlich gebaut, in mittlerem Ernährungszustand, neuropathischer Typus, sehr suggestibel, bei Fußaugenschluß tritt Lidflattern auf, das Gefühl für Nadelstiche ist leicht herabgesetzt.

Auf dem Rückzug bei Roye mußte K. als Meldegänger angeblich viermal die Trommelfeuerzone durchqueren. Seitdem sei er „zeitweise ganz weg" gewesen. Am 16. IX. 18 erkrankte er an Grippe, kam in ein Feldlazarett in Lothringen, hatte dort mehrere Tage Fieber, jedoch nur an einem Tag (am 18. IX. 18) über 39°, seit 21. 9. 18 war er ohne Fieber und wurde am 27. IX. 18 geheilt und dienstfähig entlassen. Er wurde zur Einkleidung nach S. zur Genesenen-Kompagnie geschickt, um dann zu seinem Feldtruppenteil zurückzukehren. Als er 4—6 Tage in S. gewesen sei, habe er einen Anfall bekommen. Bei diesem Anfall, bei dem er sich während des Gesprächs über den Krieg aufgeregt habe, habe er zu zittern angefangen, sei umgefallen, dann habe er nichts mehr von sich gewußt, bis er in seiner Heimat ins Wohnzimmer seiner Eltern getreten sei. Hier im Lazarett gab er später an, er sei nicht mehr ins Feld zurückgekehrt, weil einige Kameraden im Lazarett in Lothringen gesagt hätten, sie gingen nicht mehr an die Front. Am 14. X. 18. abends kam er gänzlich unerwartet ohne Gepäck und zu Fuß nach Haus, wobei er ein ganz verändertes Wesen zeigte. Kurze Zeit darauf verfiel er in Krämpfe und verlor das Bewußtsein. Der herbeigerufene Hausarzt stellte eine „akute geistige Erkrankung" fest, die „in das Gebiet der epileptischen Zustände" gehöre. Mit einem entsprechenden ärztlichen Zeugnis wurde K. in diesem Zustand am 17. X. 18 in die hiesige Abteilung gebracht.

Bei der Aufnahme war K. stuporös und redete kein Wort. Am folgenden Tag ins Untersuchungszimmer geführt, blieb er mitten im Zimmer stehen, sah vor sich nieder, spielte mit der rechten Hand an seinem Rock, sprach zunächst, auch angeredet und gefragt, kein Wort, doch reagierte er auf Zuruf seines Namens mit Zusammenzucken und Zittern. Die Pupillen reagierten auf Lichteinfall. Bei energischem suggestivem Zureden, aufzuwachen, fuhr er zusammen, strich sich mit der rechten Hand mehrmals über die Stirn, deutete mit traumhaftem Gesichtsausdruck in der Richtung nach der Stadt und sprach unter richtigem Deuten einzelne Worte: „Garnisonskirche" — „Münster", schließlich nannte er den Namen der Stadt selbst

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Ergebnis seiner Beobachtungen. Dann langte er wiederholt an seinen Kopf und sagte: „Mein Kopf, mein Kopf!" Auf Verlangen legte er sich aufs Untersuchungsbett; hier lag er nun mit starrem Blick, eine Hand regungslos etwas erhoben. Auf Fragen gab er aber zögernde Antworten, z. B. wo sind Sie hier? „Im Lazarett", doch verfiel er sofort wieder in völliges Schweigen.

Da K. das Bild eines hysterischen (nicht epileptischen) Traumzustandes bot, der nun schon mindestens 4 Tage — vielleicht aber auch viel länger — dauerte, wurde die elektro-suggestive Behandlung bei ihm eingeleitet. Schon bei mittleren faradischen Strömen durch die Glutäalgegend erwachte er vollständig unter plötzlicher Belebung der vorher starren, traumhaften Gesichtszüge; zunächst wollte er aber noch nicht wissen, wie er hergekommen sei. Aufgefordert, sich zu besinnen, konnte er nun auch hierüber klare Auskunft geben: er sei aus einem Lazarett in L. davongelaufen und dann nach Hause gegangen; dort habe er einen Anfall bekommen, als er beim Eintritt ins Zimmer seine Mutter gesehen habe. In klagenden erstaunten Worten, die nichts Gemachtes an sich hatten, machte er sich Selbstvorwürfe über sein Tun: „Wie kann ich so etwas machen!" Nämlich „davongehen".

Seit dieser Behandlung, die wenige Augenblicke dauerte, blieb K. auch nach der am 21. X. 18. erfolgten Lazarettentlassung durchaus klar und unauffällig.

Hier handelte es sich um einen Menschen, der die Befreiung aus dem stuporösen Zustand offensichtlich gern annahm. Das „Aufwachen" sah ganz ungekünstelt aus: nur ein guter Schauspieler könnte in vollbewußtem Zustand derart das Erwachen mimisch ausdrücken, also unter solchen Umständen „simulieren". Und doch handelt es sich eigentlich um ein Schauspielern. Aber nicht der bewußte Verstand spielt die Komödie vor, sondern unter Ausschaltung des Oberbewußtseins spielt die Hysterie, jene geschickteste aller Schauspielerinnen, die Rolle durch. Weil aber die Hysterie ihre Rolle nicht leicht aufgibt, so nimmt sie auch gern die Idee des Aufweckens durch den faradischen Strom an. Dadurch wird vermieden, daß die Behandlung als eine quälende, gewalttätige empfunden wird. Nie traf ich auf eine völlige Ablehnung der Suggestion, daß der Strom aufweckend wirke, selbst wenn zunächst gegen die elektrische Behandlung, der gegenüber eine weitverbreitete, auf falschen Vorstellungen beruhende Abneigung besteht, Einspruch erhoben worden war. Durch das Festhalten an der Idee des Aufweckens hat man dem Hysteriker „eine goldene Brücke" gebaut (ähnlich drückt sich Bonhoeffer und Bumke bei anderen Behandlungsmethoden der Hysterie aus), auf der er den gewollten, aber vielleicht doch in seiner Dauer und Ausprägung unerwünschten Zustand mit Anstand wieder verlassen kann. Aber selbst wenn er in seinem Dämmerzustand gern geblieben oder aus eigener Kraft nicht mehr herausgekommen wäre, so bildet doch die Idee des Aufweckens unter der bei längerem Beharren immerhin unangenehmen Behandlung den Ausweg, durch welchen der in die Enge getriebene Hysteriker „zum Verlassen seiner Position bestimmt wird". Sein Zustand ist dadurch gewissermaßen ärztlich anerkannt als ein krankhafter Traumzustand; daß er aber so rasch wieder klar und besonnen wurde, erscheint ihm durch die Behandlung wohl

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

begründet. So wird bei dieser Behandlung der Furcht des Hysterikers, als Simulant angesehen zu werden, Rechnung getragen, indem die Krankhaftigkeit seines Zustandes zugegeben wird. Einen Rückfall in den Zustand verhindern aber die Gegenvorstellungen der unangenehmen Prozedur mit der Aussicht, daß dann stärkere Ströme angewendet werden müßten.

In anderen ähnlichen Fällen führte die Behandlung zu demselben fast plötzlichen Erfolg wie in dem geschilderten Fall K. Zur Illustrierung der prompten Wirkung der elektro-suggestiven Behandlung führe ich nun noch einen zweiten Fall an, der allerdings auf der Grenze zwischen Simulation und Hysterie steht und von den Vorbegutachtern bald als Hysterie, bald als Simulation (Diagnose „Epilepsie" fehlte natürlich auch nicht) angesehen wurde. Doch wer will hier die Grenzlinie bestimmen, wo „bewußte Vortäuschung" und „autosuggestive Selbsttäuschung" sich scheiden?

Fall 2. 23½jähriger Musketier B., von Beruf Schneider. Früher Fürsorgezögling, war schon in der Schulzeit davongelaufen und hatte Unehrlichkeiten begangen. Angeblich im März 1916 verschüttet (sehr fraglich!). Am 1. IV. 16 Krankmeldung wegen Ohnmachtsanfalls; in der Folgezeit häufige Lazarettbehandlungen wegen nervöser Beschwerden und häufige Arreststrafen wegen Urlaubsüberschreitungen. Schließlich seit März 1918, seitdem größere Strafen einsetzten und wegen Diebstählen strafrechtliche Verfolgung stattfand, Häufung der „Anfälle" mit nachfolgenden „Dämmerzuständen", daraufhin mehrfache Beobachtungen in Spezialabteilungen. Bei Inhaftierung stets am 1. oder 2. Tag Anfall mit nachfolgendem mehrtägigem Dämmerzustand. Die Anfälle erweckten den Verdacht der Simulation, weil B. in unbewachten Augenblicken ganz munter in seiner Zelle umherging, während er sonst stuporös dalag. Nach der Hauptverhandlung vom 19. IX. 18 war er seit 20. IX. 18 im Festungsgefängnis untergebracht. Am 9. X. 18 erneuter „Anfall": er sank plötzlich um und schlug um sich. Von diesem Zeitpunkt ab verfiel er wieder in stuporöses Schweigen. Am 14. X. 18 wurde er deshalb in diesem Zustand in die hiesige Abteilung gebracht. B. war hier, wo er schon einmal wegen seiner hysterischen Anfälle und Dämmerzustände in Behandlung war, nicht unbekannt. Damals war aufgefallen, daß er in diesen Zuständen eigentümlich gesträubte Haare hatte, die sich nach Abklingen des Stupors glätteten (auch in einigen anderen ähnlichen Fällen konnte ich diese, wohl nicht allgemein beachtete Erscheinung bemerken). B. blickte bei der Wiederaufnahme träumerisch bald hierin, bald dorthin, hielt den Mund halb geöffnet, die Augenbrauen hochgezogen, die Stirne in Querfalten, die Arme im Ellbogen leicht gebeugt, die Hände zur Faust geballt. Dabei folgt er aber mit dem Kopf und der Blickrichtung dem Eintretenden. Er sprach kein Wort, kleidete sich aber, nachdem man damit begonnen hatte, selber langsam vollends aus, auf Bulbusdruck trat sehr starke Pulsverlangsamung ein (im Liegen von 84 auf 50 in der Minute). Auch später in klarem Zustand war übrigens bei ihm die Pulsverlangsamung bei Bulbusdruck sehr stark ausgeprägt (von 80 auf 60); immerhin war der Unterschied nicht so groß wie im Zustand der Absperrung. Die Pupillen reagierten prompt auf Lichteinfall, Hornhautreflexe waren schwach, Würgreflex fehlte. Während der Untersuchung ließ er einige Tropfen Urin unter sich gehen. Aufforderungen folgte er willig. — Bald nach der Untersuchung wurde die elektro-suggestive Behandlung angewandt: nach anfänglichem Sträuben nahm B. die Suggestion an, er gab Auskunft, war klar und besonnen, im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wesen und im Gesichtsausdruck völlig verändert und unauffällig. So blieb es bis zur Lazarettentlassung am 17. X. 18 und bis zu seiner Nachuntersuchung am 4. XI. 18.

Dieser Fall ist ein Beispiel, wie in wenigen Augenblicken ein hartnäckiger, häufig rezidivierender Stuporzustand durch elektro-suggestive Behandlung voraussichtlich endgültig unterbrochen wurde. Wenn auch der Verdacht der Simulation in diesem Fall naheliegt, so bin ich doch der Ansicht, daß es sich jedenfalls nicht um reine Simulation, d. h. klarbewußte, wohlüberlegte, plumpe Vortäuschung gehandelt hat, sondern um einen jener Fälle, wo durch instinktiv gewollte Absperrung der labile Bewußtseinszustand bald mehr, bald weniger tief getrübt wird. Das Zustandsbild hatte früher sogar mitunter den Eindruck einer katatonen Erkrankung erweckt, deren Vorhandensein aber durch den dauernden Erfolg der Therapie ausgeschlossen sein dürfte.

Nicht zu einem restlos befriedigenden Erfolg führt die Behandlung naturgemäß in Fällen, wo ein ängstlicher Schwachsinn die Grundlage der Persönlichkeit bildet. Wohl kann auch hier der stuporöse Zustand gelöst werden, aber es besteht die Gefahr, daß die Ängstlichkeit zunächst zunimmt und sich in Weiterbildung entsprechender Wahnideen ausdrückt, ehe vollständige Klarheit eintritt. Ein verschüchtertes ängstliches Wesen bleibt natürlich auch dann noch zurück. Erst durch allmähliche Beeinflussung kann der letzte Rest der akut gesteigerten Ängstlichkeit, soweit sie nicht mit der Persönlichkeit unbedingt verknüpft ist, beseitigt werden.

Fall 3. 45jähriger Landsturmmann Fr., von Beruf Bauer. Nach den vorgenommenen Erhebungen war Fr. ein außergewöhnlich schwachbegabter Schüler, er war schon als Kind still und ruhig, aber sehr ängstlich, so daß ihn seine Mitschüler in den ersten Schuljahren oft zur Schule schleppen mußten. Später führte er ein geordnetes Leben, galt aber als geizig und launisch. Am 23. X. 18 kam Fr. wegen Grippe in ärztliche Behandlung, hatte bis 26. X. 18 Fieber, nur an diesem Tag über 40°, am 29. X. 18 nochmals leichte Temperatursteigerung bis 37,8. Nun versank er in einen „Depressionszustand". Am 1. XI. 18 wurde er deshalb auf die psychiatrische Abteilung verlegt. Hier bot er aber mehr das Bild eines psychogenen Stuporzustandes als das einer Depression. Zunächst schwieg er völlig, erst allmählich antwortete er mit einzelnen Worten, sagte z. B. „Kopfweh", wobei er gleichzeitig nach der Stirn zeigte. Örtlich war er nicht ganz orientiert, behauptete, in der Kaserne zu sein. Aufforderungen kam er zögernd nach. Der Gesichtsausdruck war starr, Zeichen von Depression fanden sich darin nicht. Die Augenlider waren halb gesenkt, die Stirn in Querfalten. Auch am folgenden Tag war sein Benehmen fast theatralisch ablehnend und dabei ängstlich. Als ihm elektrische Behandlung in Aussicht gestellt wurde, gab er lebhafter als bisher Auskunft und schien beinahe geistig klar und geordnet zu sein, doch machte er dabei einen geistig beschränkten Eindruck. Nachts fiel dem Krankenwärter aber wieder wie in der vorigen Nacht seine krankhafte Ängstlichkeit auf. Am 3. XI. 18 äußerte er wahnhafte Ideen: er werde halt seine Strafe hier abbüßen. Der Zustand geistiger Absperrung nahm wieder zu, weshalb am 5. XI. 18 elektro-suggestive Behandlung mit mittleren Strömen eingeleitet wurde. Hierauf wurde er wieder klarer und zugänglicher. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Idee, gestraft zu werden, baute er aber noch weiter aus: er behauptete, er habe im vorhergehenden Lazarett eine Schwester fälschlicherweise beschuldigt, daß sie ihm Gift gegeben habe. Der Ursprung dieser Vorstellungen wurde nie ganz klar: waren vielleicht postinfektiöse, delirante Zustände der Ausgangspunkt oder brachte die Absperrung auf der geschlossenen Abteilung den schwachsinnigen Menschen auf die Meinung, er werde als Strafgefangener behandelt. Später hierüber gefragt, wollte er von alldem nichts mehr wissen. Der Erfolg der elektro-suggestiven Behandlung war nun kein augenblicklicher und vollständiger, doch klärte sich von nun an sein Bewußtsein auf. Schon am Abend gab er selbst an, es gehe ihm besser, sprach aber noch sehr langsam und etwas weinerlich. Die Idee, daß er sich strafbar gemacht habe, verstärkte sich noch: er meinte nun, daß ihm eine Zuchthausstrafe bevorstehe. Doch traten auch schon Zweifel hinzu: „Ich weiß nicht, soll ich bestraft werden, oder?" Zur Vervollständigung der aufrüttelnden Wirkung der Behandlung wurden Exerzierübungen angeschlossen. Seit 6. XI. 18, nachdem er nochmals elektro-suggestiv behandelt worden war (gegen faradischen Strom war er sehr wenig empfindlich), war Fr. in seinem Benehmen, abgesehen von der großen Ängstlichkeit und geistigen Beschränktheit und Schwerfälligkeit, kaum mehr auffällig. Er führte selber seine Besserung auf das Elektrisieren zurück: „Der Gang ist besser, das Blut kommt besser durcheinander." Erschwert war die Behandlung durch die Unmöglichkeit, mit Sicherheit die psychische Wurzel (denn eine solche muß trotz der vorhergehenden Grippe nach dem Zustandsbild vorhanden gewesen sein) zu ergründen. Ich nehme an, daß es die Furcht vor dem wiederbevorstehenden Dienst, vielleicht auch vorherige Einschüchterung durch seine Umgebung infolge Verkennung des Schwachsinns gewesen waren.

Die verzögerte, zunächst unvollständige Wirkung der elektro-suggestiven Behandlung war in diesem Fall zum Teil auf die an sich schon krankhaft ängstliche und geistesschwache Persönlichkeit des Fr. zurückzuführen, Mitschuld daran hatte aber wohl auch seine überaus geringe Empfindlichkeit für den faradischen Strom. Ohne jenen „Wink mit dem Zaunpfahl", daß ein Verbleiben im Dämmerzustand eine schmerzhafte Verstärkung und Verlängerung des Faradisierens erforderlich macht, fehlt eben der Behandlung bei der Unzugänglichkeit und Absperrung in diesen hysterischen Zuständen die Möglichkeit, eine geistige Verbindung zu erzwingen.

In einem anderen Fall, bei dem zunächst ein prompter Erfolg eingetreten war, trat aus vorläufig ungeklärter Ursache ein Rückfall ein. Dieser erweckte den Verdacht, daß das erstemal eine eigentliche Depression zugrunde gelegen hatte, und doch hatte das Zustandsbild vor der Behandlung hysterisches Gepräge gezeigt. Erst die nachträgliche Vervollständigung der Vorgeschichte des hysterischen Stuporzustandes brachte Klarheit und bestätigte nachträglich die ursprüngliche Diagnose.

Fall 4. Ein 33jähriger Pionier Sch., von Beruf Zimmermeister, wurde am 22. IX. 18 hier aufgenommen. Nach Erhebungen war er immer still, seit seiner Einziehung etwas grüblerisch. Im körperlichen Befund traten Zeichen nervöser Übererregbarkeit stark hervor (Steigerung der Sehnenreflexe bis zum Knieklonus, Händezittern und Lidflattern, starker Schweißausbruch aus der Achselhöhle bei kalten feuchten Händen). Bei der Aufnahme und am folgenden Tag war dieser Mann völlig teilnahmlos, reagierte nicht einmal auf Anruf, gab keinen Laut von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich, hielt den Kopf vornübergebeugt, stand dabei bewegungslos da und verharrte in dieser Stellung längere Zeit. Erst auf energisches Zureden gab er schließlich Antwort, sagte: „Mein Leben hat keinen Wert mehr" und brach dann in Weinen aus. In seinem Verhalten zeigte sich aber mehr Ablehnung als Niedergeschlagenheit. Sch. schien ein schlaffer, willensschwacher Mensch zu sein, der aus seinem Zustand der Absperrung durch eigene Energie nicht herauszutreten vermochte. Er wurde deshalb der elektro-suggestiven Behandlung unterzogen. Bei schwachen Strömen betonte er seine depressiven Gedanken, bei mittleren Strömen wurde er lebhaft, und gab willig über alles Auskunft. Sein Benehmen war danach, abgesehen von einer energielosen schlaffen Haltung, unauffällig. Zur Nachkur wurde mit ihm noch exerziert, wobei er sich aber ebenso schlapp benahm. Am 4. X. 18 war er so weit gekräftigt, daß er als kv. aus dem Lazarett entlassen werden konnte. Aber schon am 14. X. 18 wurde er von seinem Truppenarzt wieder zur Aufnahme geschickt, weil er aus Angst vor Strafe weggelaufen war. Nun erst wurden auch die Vorgänge, die seinen ersten krankhaften Zustand eingeleitet hatten, bekannt: am 17. IX. 18 hatte er nämlich Abschiedsurlaub und sollte dann ins Feld gesandt werden. Er kehrte aber aus dem Urlaub nicht selbst zurück, sondern mußte abgeholt werden. Das zweitemal war er nun aus Angst vor Strafe für das erstmalige Fernbleiben davongelaufen und hatte sich zu Haus versteckt. Bei der diesmaligen Lazarettaufnahme blieb auch die Absperrung aus, Sch. erschien klar und besonnen, aber gedrückt in seinem Wesen. Durch gütliches Zureden bei Einhalten straffer militärischer Form wurde er allmählich in eine leidliche Verfassung gebracht, so daß er zwar nicht als kv., aber immerhin als gv. Etappe bezeichnet werden konnte; bei der Entlassung wurde weitgehendste Milde in der strafrechtlichen Beurteilung anempfohlen.

Hier hat die elektro-suggestive Behandlung ebenfalls den Zustand hysterischer Absperrung prompt unterbrochen, den willensschwachen, gemütsweichen Mann in einen kräftigen, selbstbewußten und energischen Menschen umzuwandeln vermochte sie aber natürlich nicht. Deshalb konnte sie auch die Reaktion auf die Strafandrohung nicht verhindern. Der Zustand, welcher zur zweiten Aufnahme führte, war aber kein Rückfall, sondern ein andersartiger Versuch der hysterisch-weichen Seele, dem militärischen Zwang zu entfliehen. Dieser Fall zeigt überdies die Notwendigkeit genauer Analyse des Ursprungs der hysterischen Geistesstörung, um nach der Heilung weitere Schädlichkeiten vermeiden zu können.

Stuporzustände, welche ihre Entstehung einem Schreck, einem plötzlichen Ereignis (Granateinschlag u. dgl.) verdanken, konnte ich hier in letzter Zeit nicht beobachten. Ich kenne daher auch nicht die Wirkungsweise elektro-suggestiver Behandlung bei denselben. Ich glaube aber, daß bei der Art der Entwicklung dieser Zustände zunächst Ruhebehandlung nötig ist, bis die Shockwirkungen abgeklungen sind. Dann aber, wenn der Stupor in ein chronisches, gewohnheitsmäßiges Stadium eintritt, dürfte auch hier elektro-suggestive Behandlung am Platze sein, falls milde Methoden der Behandlung versagen.

Seitdem nun auf disziplinäre Vergehen nicht mehr kriegsgerichtliche Aburteilung und Gefängnis folgt und seitdem der Urlauber nicht mehr nach den seelischen Erregungen des Abschieds der Ungewißheit des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefahrvollen, strapazenreichen Lebens an der Front entgegensieht, sind hier wie wohl allerorts die hysterischen Stuporzustände sehr selten geworden. Auch diese Beobachtung ist ein weiterer Beweis für die oben gegebene Erklärung der Entstehungsweise solcher in der Heimat entstandenen Hysterieformen. Diese hysterischen Dämmer- und Stuporzustände sind aus dem tief eingewurzelten Trieb aller Lebewesen, den Unbilden der realen Welt durch Absperrung zu begegnen, hervorgegangen. Diesem Antrieb wird mehr oder weniger bewußt nachgegeben, jedenfalls aber tritt im weiteren Verlauf des Dämmerzustands „Hysterizierung" ein. Die Behandlung hat deshalb die Aufgabe, die Hysterifizierung zu verhindern oder ihre Vertiefung aufzuhalten und sie zu unterbrechen. Im allgemeinen dürfte daher die Behandlung um so leichter und erfolgreicher sein je früher sie einsetzt.

Wie der Hysteriker von seinen körperlichen Krankheitssymptomen geheilt werden muß, solange die vielleicht aus „hysterischer Vortäuschung" entstandene „hysterische Gewöhnung" (Kretschmer) noch dem direkten Willen zugänglich ist, ebenso ist es mit diesen geistigen Störungen. Wenn erst einmal aus der „hysterischen Gewöhnung" eine „hysterische Erkrankung" entstanden ist, kann ihr eine Behandlung „direkt von der Willensseite höchstens ganz allmählich und behutsam" beikommen. Außerordentlich wichtig ist es demnach, die hysterischen Störungen energisch und frühzeitig, ehe eine starre Fixierung stattgefunden hat, zu behandeln. Dies ist bei körperlichen Störungen schon seit einigen Jahren anerkannt, aber leider werden die uneigennützigen Bestrebungen der Ärzte, welche sich dieser aufreibenden Aufgabe der Energiebehandlung der Neurotiker unterzogen haben, vielfach noch verkannt. Manche mußten ihr Pflichtgefühl und ihre ärztliche Überzeugung mit Bedrohung ihrer persönlichen Sicherheit schon vor und besonders während der Revolution bezahlen. Erfreulicherweise dringt jetzt aber allmählich doch auch in Laienkreisen das Verständnis für diese Bestrebungen immer mehr durch, nachdem die anfängliche, durch Mißverständnisse hervorgerufene, vielleicht auch durch die bei jeder neuen Behandlungsmethode (vgl. Tuberkulin, Salvarsan u. v. a.) unausbleiblichen Mißgriffe entstandene Erregung gegen die energischen Kuren sich gelegt hat. In richtiger Erkenntnis dieser Sachlage hat z. B. der Stuttgarter Soldatenrat entschieden, daß die Behandlung der Neurotiker mit Elektrizität und Gewaltexerzieren vorerst wie bisher fortzusetzen sei. Voraussetzung für diese Entscheidung wie für den Erfolg der Therapie ist natürlich die fachärztlich überwachte Anwendung dieser Behandlungsmethode. Gewiß führen in vielen Fällen milde Methoden (Überredung, Wachsuggestion, Hypnose) zum Ziel. Aber bei jenen oben skizzierten Stupor- und Dämmerzuständen, deren psychischer Anlaß noch nicht beseitigt ist, genügen sie höchstens zu vorübergehender Besserung.

Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

„Der dunkle Drang zur Beseitigung der Unlust" (Moeli), welcher die Neurose auslöste, wirkt fort, wenn ihm nicht ein ebenfalls unlustbetontes Gegenmotiv entgegengestellt wird. Deshalb bedürfen wir der unsanften Methoden, deren Berechtigung, wie Kehrer hervorhebt, in ihrem Erfolg liegt, während die „ausschließlich milden Methoden" allmählich „auf den toten Punkt führen, wo sie den dunklen passiven Widerstand der Lazarettatmosphäre nicht mehr überwinden können".

Vereinzelte Fälle werden uns auch im Frieden immer wieder begegnen. Sollen wir diesen untätig gegenüberstehen, bis nur noch die Einweisung in eine Heilanstalt für Geisteskranke übrigbleibt? Ich glaube, wir haben die Pflicht, die reichen Kriegserfahrungen zu verwerten. Wir dürfen weder dem Staat, der nach dem Krieg nur die dringendsten Bedürfnisse wird stillen können, die Last des Unterhalts solcher Leute aufbürden, die durch eine nur wenige Minuten in Anspruch nehmende ungefährliche, wenn auch vielleicht etwas schmerzhafte Behandlung zu heilen sind, noch dürfen wir es als mit unserem ärztlichen Gewissen vereinbar betrachten, aus Furcht vor etwaiger falscher Beurteilung von seiten sachunkundiger Laien eine Behandlung zu unterlassen, welche einen Menschen aus dem menschenunwürdigen Zustand teilnahmlosen Stumpfsinns herausreißt. Wenn dies durch milde Methoden nicht gelingt, müssen wir zu energischer Behandlung übergehen. Am geeignetsten und raschesten und dabei gefahrlos führt die elektro-suggestive Methode mit Hilfe mittlerer faradischer, nicht sinusoidaler Ströme zum Ziel.

Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

(Aus der psychiatrischen Klinik der Akademie Köln, Militärabteilung. [Leitender Arzt Professor Dr. Aschaffenburg].)

Militärischer Ungehorsam aus religiöser Überzeugung.

Von
Dr. **Adolf Hoppe** (Rinteln).

(Eingegangen am 27. Dezember 1918.)

Das militärische Vergehen der Dienstverweigerung, die mit religiösen Bedenken gerechtfertigt wird, hat erst in der letzten Zeit des Krieges die Aufmerksamkeit der Psychiater stärker auf sich gezogen. Wohl sind Fälle dieser Art längst bekannt, ganze Sekten, von den Essenern bis zu den Mennoniten und Quäkern, verwarfen den Kriegsdienst und setzten es zum Teil sogar durch, daß der Staat auf ihre Gewissensbeschwernisse Rücksicht nahm; das Militärstrafgesetzbuch (§ 48) und eine Reihe von Ministerialverfügungen beschäftigen sich mit diesem Vergehen. Kam aber ein Fall in der Wirklichkeit vor, so ging er durch alle Zeitungen und bewies schon durch das Aufsehen, das er erregte, wie selten solche Ereignisse doch eigentlich waren, und wie sehr sie aus dem Rahmen moderner Denkweise herausfielen. Auch der Krieg brachte, wie eine Durchsicht der Literatur lehrt, in den ersten Jahren nur vereinzelte Fälle, die als Kuriosa mitgeteilt wurden, erst im letzten Kriegsjahre wurden sie häufiger beobachtet und eingehender gewürdigt; so konnte Gaupp, der im Januar 1917 in Tübingen zwei den Dienst verweigernde Soldaten vorgestellt hatte[1]), schon ein Jahr später (23. II. 1918) über 11 Fälle berichten[2]), und auch aus der neutralen, aber mobilisierten Schweiz bringt jüngst Jörger einen durch 5 Krankengeschichten, allein aus Burghölzli, belegten Aufsatz[3]). Allerdings scheint hier, aus einer Bemerkung Rieters[4]) zu schließen,

---

[1]) Die gerichtsärztliche Beurteilung der militärischen Dienstverweigerung aus religiösen Gründen. Med. Naturw. Verein Tübingen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. **15**, 92.

[2]) Dienstverweigerung aus religiösen (und politischen) Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Württ. Med. Korrespondenzblatt 1918 (S.-A.).

[3]) Über Dienstverweigerer und Friedensapostel. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **43**, 117ff.

[4]) Das militärische Delikt des Ungehorsams nach deutschem und schweizerischem Militärstrafrecht. Diss. Leipzig 1911 (auch Zürich 1911), S. 92.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Vergehen schon im Frieden bei weitem häufiger gewesen zu sein als bei uns.

Man wird von vornherein gut tun, den Begriff der Religion, soweit es sich um die hier zu besprechenden Fälle handelt, nicht zu eng zu fassen. Es kommt nicht darauf an, ob der Täter einer anerkannten Religionsgemeinschaft angehört oder nicht; das letztere wird sogar sehr häufig der Fall sein, weil religiöse Sonderlinge sich in Sekten und Konventikeln wohler fühlen als in den großen, Gläubige und Ungläubige umschließenden Staatskirchen. Auch darauf ist kein besonderes Gewicht zu legen, daß sich bei vielen die eigentlich religiösen Motive mit anderen, namentlich verstiegen pazifizistischen, vermengen, und ordnet man die veröffentlichten Krankengeschichten in eine Reihe unter diesem Gesichtspunkte, so wird man einen ganz allmählichen Übergang von dem rein religiösen Propheten- und Duldertypus bis zum überspannten Friedensapostel finden, der lediglich ein politisches Programm zu verwirklichen bestrebt ist; Gaupp hat diesen Tatbestand schon im Titel seiner Veröffentlichung ausgedrückt. Das Gemeinsame ist eben doch, daß diese Personen geneigt sind, um einer Utopie willen schwere Unannehmlichkeiten auf sich zu nehmen, gelegentlich sogar ohne den Glauben, mit ihrem Tun große Erfolge zu erringen[1]). Dagegen sollten meiner Ansicht nach schärfer als bisher üblich die krassen Dienstverweigerer von den Adventisten und ähnlichen Sektierern unterschieden werden, die nur an einem bestimmten Tage, hier dem Sonnabend, keinen Kriegsdienst ausüben wollen: trotz der bei beiden vorhandenen übermäßigen, antisozial wirkenden Religiosität ist es doch etwas anderes, ob so ein Friedensschwärmer auch in der höchsten Not des Vaterlandes nicht zu bewegen ist, die Waffe zu ergreifen, oder ob jemand, der sich sonst mit den Pflichten des Militärdienstes abfindet, es seinem Gotte schuldig zu sein glaubt, ihm an einem Tage der Woche mehr zu gehorchen, als den Befehlen seiner Vorgesetzten. Machte doch dieser Konflikt, wie uns das 1. Makkabäerbuch c. 2,31—41 erzählt, schon den Juden zu schaffen, als zur Zeit der syrischen Bedrückung sich die strenge rabbinische Sabbatsordnung durchsetzte, und erzwang eine Lösung im Sinne der staatlichen Notwendigkeiten.

Die Rheinlande mit ihren 6 Millionen Einwohnern gehören anscheinend nicht zu den Gegenden Deutschlands, in welchen diese Art des Antimilitarismus weiter verbreitet wäre. Rechnen wir den einen, von Hübner[2]) mitgeteilten Fall hinzu, — bei dem religiöse Beweggründe kaum eine Rolle spielen — so hat Peretti in Grafenberg zwei Fälle

[1]) Köppen, Über einen reinen Fall von überwertiger Idee und über seine forensische Bedeutung. Charité-Annalen **29**, S. 310. 1905.

[2]) Über Wahrsager, Weltverbesserer, Nerven- und Geisteskranke im Kriege. Bonn 1918, S. 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beobachtet, über die er in einer Vorlesung der Düsseldorfer Akademie vom 21. I. 1917 berichtet hat[1]), und hat mir über einen dritten liebenswürdigerweise einige Mitteilungen gemacht. Die übrigen rheinischen Anstalten haben nach dem Ergebnis einer von mir veranstalteten Rundfrage überhaupt keine einschlägigen Fälle zu verzeichnen. Unter den zahlreichen gerichtlichen Fällen, die uns in der Kölner Klinik von militärischer Seite zur Begutachtung zugewiesen wurden, fanden sich auch nur zwei Soldaten, die hierher gehören, und beide fallen erst in das letzte Kriegsjahr. Ich führe die Krankengeschichten kurz an, nicht als ob sie von den bisher veröffentlichten wesentlich abwichen, sondern weil sie je ein bezeichnendes Beispiel der beiden Gruppen bilden, in die sich diese Schwärmer zwanglos einordnen lassen, die Geisteskranken und die Psychopathen.

I. Fritz A., Kanonier, von Beruf Bauführer. Geb. den 17. I. 1889 in G. (Ostpreußen). Nach Angaben der Ehefrau war der Vater Trinker und verpraßte seinen Besitz, die Mutter erzog die Kinder sehr religiös. Eine Schwester des A. ist übertrieben fromm, betete öffentlich in Versammlungen. A. besuchte bis zu seinem 17. Lebensjahre die Kirche, später nicht mehr, hielt sich auch zu keiner religiösen Gemeinschaft. Beruflich war er tüchtig und brachte es vom Laufburschen bis zum Betriebsleiter. Seine Religiosität nahm immer mehr zu, er las nur noch in der Bibel, hielt Versammlungen ab, hat auch jetzt noch einige Anhänger, die an ihn glauben. Auch die Frau war früher von seiner göttlichen Berufung überzeugt, hält ihn aber jetzt für geisteskrank. 1914 mußte A. wegen Nervosität seine geschäftliche Tätigkeit unterbrechen und war einige Wochen in der Nervenklinik zu Gr. Seitdem ließ er im Beruf nach. 1915, als er krank war, legte er sich auf die bloßen Bretter, bedeckte sich mit einem Schweißtuch und sagte, das sei die Kreuzigung. Als er jetzt aus dem Untersuchungsgefängnis entlassen wurde, um in der Klinik beobachtet zu werden, verschenkte er alle seine besseren Sachen an Mitgefangene. Er nenne sich jetzt „Sohn Gottes", behaupte, er sei gänzlich von Sünden gereinigt, könne überhaupt nicht mehr krank werden.

Er selbst erzählt, sein Vater sei Trinker und Spieler gewesen, dabei nicht heiter, sondern oft gereizt und zu Drohungen mit Selbstmord neigend. Ein Bruder des Vaters war ebenso leichtsinnig wie dieser, ein anderer war gelähmt. Die Mutter war nervös, aufgeregt, konnte nachts nicht schlafen, aß oft nichts vor Verstimmung, ging weinend umher und sehnte sich nach dem Tode. Von seinen sechs Geschwistern sind verschiedene aufgeregt und streitsüchtig; eine Schwester ertrank mit 4 Jahren, sie war schon in diesem Alter sehr fromm und brachte den ganzen Tag mit Singen und Beten zu; ein Bruder starb an Krämpfen.

Pat. ist ursprünglich evangelisch. Schon mit 10 Jahren war er sehr religiös, mit 12 Jahren hörte er „göttliche Stimmen": „Hasse das Böse, suche das Gute." Als 1904 sein Vater starb, war die Familie in großer Not; er nahm sich seiner Geschwister an und sorgte für sie bis 1911. In diesen Nöten fand er den Weg zu Christus; mit 18 Jahren hat er sich ganz Gott geweiht. Damals stellte ihm Gott seinen Sohn Christus vor; seitdem hat er dauernd zahlreiche Offenbarungen und Belehrungen von Gott empfangen. 1912 hat er geheiratet, von seinen Kindern ist das älteste, vierjährige schon sehr fromm. 1915 sah er das wichtigste Bild; er

[1]) Erfahrungen über psychopathologische Zustände bei Kriegsteilnehmern. Schmidts Jahrb. S. **325**, 257. 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde durch göttliche Gnade gereinigt, die fleischlichen Lüste wurden abgetötet; Gott nahm ihm selbst jede Speise, so daß er 4—5 Tage ohne Nahrung war. Eines Donnerstags wurden Schmerzen auf ihn gelegt, besonders in der linken Seite; es wurde ihm bedeutet, das sei die Mitkreuzigung mit Christus, er müsse den alten Menschen ins Grab legen. Nachts hatte er oft das Gefühl, als ob sein Körper kleiner, zusammengeknüllt werde; er fürchtete den Morgen nicht zu erleben.

Zu seinen Versammlungen seien bisweilen an 30 Leute gekommen, meist Frauen. Auch seine Frau sei begnadet. Noch jetzt habe er etwa 100 Anhänger in ganz Deutschland. Was er in den Versammlungen vorgetragen hat, war nicht zu erfahren; eine Schwester der Baptistengemeinde, die ihn in der Klinik besuchte, meinte, früher sei sein religiöses Leben ganz gesund gewesen, aber jetzt sei er völlig auf Irrwege geraten und habe den Verstand verloren.

Hat nicht aktiv gedient, weil er seine Geschwister unterstützte. Wurde vom 6. bis 13. X. 1915 vorübergehend eingezogen in Westpreußen, fügte sich ganz willig. Bei der zweiten Einstellung am 22. XI. 1917 verweigerte er jeden Dienst, wollte sich nicht einkleiden lassen. Gott habe ihm das Militärwesen als das „Wesen der unreinen Sache" gezeigt, er dürfe aber nur Gutes tun. In der Haft beharrte er auf seiner Weigerung, empfing im Gefängnis göttliche Botschaften. Gott zeigte ihm das Deutsche Reich als das Herz der Erde, das er für sich benutzen und reinigen werde, ferner eine große Posaune, die von Berlin über Köln nach Osten (!) gerichtet war, A. selbst war das Mundstück. Das bedeutet, daß die unreine Lehre, die die Großmacht des Teufels ist, aus Deutschland hinausgedrängt werden soll. Schrieb aus der Haft zahlreiche Eingaben, er dürfe sich an keinem bösen Werke beteiligen, er stehe im Dienste Gottes und übe nur Gutes aus. Der Krieg mit seinen Leiden könne nicht von Gott ausgehen; dieser habe nur wegen der Bosheit der Menschen dem Teufel oder Drachen gestattet, Kriege zu führen. War überzeugt, daß sein Wachtmeister innerlich die Triftigkeit seiner Gründe anerkenne.

In der Klinik, wo er vom 19. I. bis 8. III. 18 beobachtet wurde, war er zunächst ruhig, äußerlich geordnet, sehr religiös und suchte in diesem Sinne auf seine Mitpatienten einzuwirken. Im Gesichte stets ein süßlich frommes Lächeln. Beschäftigte sich damit, daß er den ganzen Tag Gedichte machte, die völlig sinn- und zusammenhanglos waren, weder Reim noch Rhythmus erkennen ließen. Er schickte diese an die Adresse seiner Anhänger, nahm es aber nicht weiter übel, wenn man sie statt dessen zur Krankengeschichte legte. Überhaupt war sein Affekt äußerst gering und steigerte sich nur, wenn man auf seine Dienstverweigerung zu sprechen kam. Dann beteuerte er den Ernst seiner Gesinnung in starken Ausdrücken. Bei den üblichen Prüfungen leistete er in rein formalen Aufgaben (Kopfrechnen, Nachsprechen und Behalten von Zahlen) Vorzügliches. Von vorgelegten Bildern gab er dagegen höchst sonderbare Beschreibungen, weil er überall geheime Beziehungen suchte. Für geisteskrank hielt er sich nicht. Gegen andere Patienten war er verträglich, gutmütig, schenkte ihnen Eßwaren, die ihm die Frau in unsinnigen Mengen in die Klinik trug. Die Suppe verweigerte er als „Totensuppe". Im Laufe der Beobachtung wurde er immer verschrobener, küßte und segnete den ganzen Tag einen neben ihm liegenden morphinistischen Tabiker. Ende Februar heftiger Erregungszustand, der seine Verlegung in den unruhigen Wachsaal und schließlich Versetzung in eine Landesanstalt notwendig machte.

Körperlich: Sehr lebhafte Reflexe. Beschleunigte Herztätigkeit: Puls in der Ruhe 120 Schläge. Auch vasomotorische Störungen; hob er die Hand bei seinen Predigten empor, so wurde sie ganz weiß und blieb es noch längere Zeit, wenn er sie wieder gesenkt hatte.

II. Reinhold B., Trainsoldat. Früher Schlosser, jetzt Ladeninhaber. Geboren den 8. XII. 1881 in der Nähe von Berlin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgeschichte nach eigenen Angaben: Über die Familie seines Vaters ist nichts bekannt. Der Vater war ruhig, früher nicht religiös, ist es aber unter dem Einfluß des Sohnes geworden. Eine Schwester des Vaters gehörte eine Zeitlang der apostolischen Gemeinde an. Die Mutter war immer kränklich, sehr empfindlich, religiös, vorübergehend im Anschluß an eine Lungenentzündung geisteskrank. Zwei Brüder der Mutter sind nur „Durchschnittschristen", einer von ihnen sehr hitzig und empfindlich.

Pat. ist das einzige Kind, war schwächlich, skrofulös, lernte spät laufen. Mäßig begabter Schüler, in der Jugend ohne religiöse Interessen. Lernte die Schlosserei, gab den Beruf nach der Lehrzeit auf, weil er ihm zu schwer war, versuchte es als Musiker, betreibt jetzt ein Geschäft in Wollwaren. Nicht gedient wegen Leistenbruchanlage und schlechter Zähne. Verheiratet, zwei Kinder; die Frau entstammt einer kirchlich gesinnten Familie. Kein Alkoholmißbrauch, keine Geschlechtskrankheiten. B. war längere Zeit Vegetarianer, hat sich viel mit Heilmagnetismus, Spiritismus u. ähnl. beschäftigt. Nach seiner Bekehrung erkannte er aber in den spiritistischen Erscheinungen das Werk gefallener Engel und wandte sich von ihnen ab. 1909 lernte er die Schriften des früheren amerikanischen Pastors Russel kennen und schloß sich der „Vereinigung ernster Bibelforscher" an; 1910 trat er mit seiner Familie aus der Landeskirche aus und empfing die „Großtaufe" durch Älteste seiner Gemeinde. Seitdem liest er nichts mehr als die Schriften von Russel, jede andere Lektüre erklärt er für Zeitverschwendung.

1915 eingezogen. Kam nach 9 Tagen wegen Knieleidens ins Lazarett, wurde dann zum Train versetzt. Ließ sich vereidigen, tat Dienst, weil er als Trainsoldat ja nicht eigentlich zur fechtenden Truppe gehörte. Heute erklärt er dieses Auskunftsmittel für Feigheit. Hatte bald Bedenken wegen seiner mittelbaren Teilnahme am Kriege, konnte aber mit ihnen fertig werden, als sein Rittmeister ihm auf seine Bitte gestattete, ohne Waffe Dienst zu tun, und ihn 6 Monate lang als Ordonnanz beschäftigte. Wegen Leistenbruchoperation 4 Monate im Lazarett; dort entwickelten sich stärkere Skrupel, die sich mit März 1917 steigerten. Führte seinen Entschluß, den Dienst zu verweigern, im Juni 1917 aus, als er in Berlin auf Urlaub war; ging in Zivil aufs Bezirkskommando, stellte sich zur Verfügung. An die Front geschickt, beharrte er bei seiner Weigerung, wurde zu einem Jahr Gefängnis verurteilt, das er in Köln verbüßte. Bat nach der Entlassung sofort seinen Hauptmann mündlich und schriftlich, ihn im Sanitätsdienst zu verwenden. Der Hauptmann übergab die Sache dem Gericht. Auf dessen Anordnung vom 26. VIII. 18 bis 16. X. 18 zur Beobachtung in der psychiatrischen Klinik.

Hier völlig geordnet; keine Defekte; weder Sinnestäuschungen noch Wahnideen nachweisbar. Sondert sich von anderen Kranken ab, liest seine religiösen Schriften. Sehr bereit, jedem, der es hören will, die Lehren seiner Gemeinschaft zu entwickeln. Russel habe schon 1886 den Zusammenbruch der Welt für den Oktober 1914 vorhergesagt. Die Menschheit stehe, nachdem sie 6000 Jahre durch die Berührung mit dem Bösen hindurchgegangen sei, am Anfange des siebenten (Sabbats-) Jahrtausends, in dem sie in den adamitischen Urzustand zurückkehren werde. Aus der Menschheit sei eine bestimmte Zahl als „Braut Christi" erhöht, das sei die Ekklesia oder Versammlung Gottes. Gegenwärtig sei eine Zeit der Drangsal, wie sie nie gewesen sei und nie wiederkommen werde. Die Zeiten der Nationen (= Heiden) seien abgelaufen, Gott habe vor, sein Reich aufzurichten, Christus werde in nächster Zeit wieder erscheinen. Die Nationen gingen zugrunde, Gott lasse sie zu ihrer eigenen Belehrung sich gegenseitig zerfleischen, damit sie erkennen, wie unsinnig ihr Tun ist; später werde er die Völker segnen.

Seine „Vereinigung" lasse jedem freie Hand, wie er sich zum Kriege stellen wolle. Trotzdem seien viele der Anhänger („unsere Angehörigen") im Gefängnis,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weil sie entgegen dem Verbote Versammlungen abgehalten hätten. „Weil wir ein neues Königreich errichten wollen, gelten unsere Lehren als staatsgefährlich. Wir betrachten es als unsere Hauptaufgabe, daß wir das neue Evangelium des Friedens verkündigen." Er selbst verweigere den Kriegsdienst als Mitglied des geistigen Israel, Gott sei neutral, er könne sich nicht denken, daß der Herr Jesu von seiner Waffe Gebrauch mache, entgegen seinem Worte: „Liebet eure Feinde." Selbst auf die Gefahr des Todes hin würde er den Dienst verweigern. Sein Tod werde der Allgemeinheit zugute kommen, denn wenn er jetzt sterbe für seine Idee, bekomme er Anteil an der Krone des Lebens, als Glied der Braut Christi, und sei so in der Lage, die Welt zu segnen und wiederherzustellen zur Vollkommenheit. Die Nationen aber würden ihren Untergang finden, einerlei, ob er dabei mitwirke oder nicht.

Körperlich außer gesteigerten Reflexen und chronischer Conjunctivitis nichts Besonderes.

Die Diagnose ist in jedem dieser Fälle einfach. Bei A. liegt eine offenbare Dementia praecox vor, bei der nur zweifelhaft ist, wie weit wir sie zurückdatieren dürfen. Manches, so die Erzählung von der großen Frömmigkeit der mit 4 Jahren verunglückten Schwester, den ihm schon in der Knabenzeit gewordenen göttlichen Stimmen und Offenbarungen, ist doch der Erinnerungsfälschung höchst verdächtig. Von einer intellektuellen Schwächung, ja auch nur von einem seiner Umgebung als auffällig oder pathologisch vorkommenden Verhalten kann jedenfalls für lange Jahre keine Rede sein, sonst wäre es A. nicht möglich gewesen, unter den ungünstigsten Umständen vom Laufburschen bis zum Betriebsleiter aufzusteigen. Erst in den letzten Jahren läßt die berufliche Tüchtigkeit nach, gleichzeitig macht die zunehmende „Nervosität" des Kranken vorübergehend Anstaltsbehandlung notwendig. Was wir in der Klinik sahen, war das Bild des typischen Hebephrenen, albernes Benehmen, Zerfahrenheit, Wortneubildungen („Totensuppe") und vorübergehende Erregungszustände; seine Gedichte waren überhaupt wohl das Zusammenhangloseste, was ich bisher von derartigen Leistungen gelesen habe. Die religiöse Färbung des Krankheitsbildes spielt demgegenüber beinahe eine Nebenrolle, so sehr sich Veranlagung und Erziehung in ihr widerspiegeln. Er verweigert den Dienst auf Grund seiner vielleicht halluzinatorisch vermittelten Wahnideen, von inneren Kämpfen hören wir bei ihm nichts.

Ebensowenig besteht ein Zweifel darüber, daß wir es bei B. nicht mit einem Geisteskranken im eigentlichen Sinne zu tun haben. Er ist ein weicher, leicht bestimmbarer Charakter, hat verschiedene Male seinen Beruf gewechselt und betreibt zur Zeit ein bescheidenes Ladengeschäft. Von Hause aus nicht sonderlich religiös, eignet er sich, als er in die „Internationale Vereinigung ernster Bibelforscher" hineingeraten ist, die Anschauungen dieser Gesellschaft an, liest nichts anderes mehr als die eschatologischen Schriften des Begründers und gerät mehr und mehr in ihren Bann; mächtig packt ihn die Idee eines allgemeinen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Friedens. Zum Kriegsdienst eingezogen, folgt er dem Rufe, versucht es erst mit einem Kompromisse zwischen seinen militärischen Pflichten und den sich ihm aufdrängenden Gewissensbedenken, bis dieses an neuen Skrupeln scheitert und er eines Tages offen den Dienst verweigert. Die ihm auferlegte Strafe verbüßt er; kaum aber ist er aus dem Festungsgefängnis entlassen, als er seine Weigerung beharrlich fortsetzt. Ist er hier unbelehrbar und unbekehrbar, so ist doch von Wahnideen und Sinnestäuschungen nichts zu spüren. Daß er sich für einen Auserwählten hält, bleibt im Rahmen dessen, was wir bei frommen Leuten, zumal bei Sektierern, gewohnt sind; auch sonst gibt sein Glaube, so wunderlich manche seiner Reden klingen mögen, doch nur das aus Büchern Angeeignete wieder und läßt, wenn schon eine Verarbeitung, so doch sicherlich keine wahnhafte erkennen. B. ist ein Psychopath, wie Lebenslauf, Charakter und Verhalten beweisen, aber kein Geisteskranker. Demgemäß wurde die Anwendbarkeit des § 51 StGB. abgelehnt; zu einer Verhandlung ist es wegen der inzwischen ausgebrochenen Revolution nicht mehr gekommen.

Es ist bemerkenswert, daß sich fast alle bisher veröffentlichten Fälle in diese Gruppen der Schizophrenen und der Psychopathen haben einordnen lassen. Manisch-Depressive fehlen, worauf Jörger aufmerksam macht, bis auf einen von Gaupp erwähnten, und bei diesem kann man, wenigstens nach der kurzen Notiz, noch zweifeln, ob die religiösen Ideen (inniger Verkehr mit Christus) und seine Meinung, er brauche sich um Befehle des Feldwebels nicht mehr zu kümmern, auch innerlich zusammenhängen[1]). Selbstverständlich bringt es die verschiedene Beziehungsweise der psychiatrischen Schulen mit sich, daß man gelegentlich eine Diagnose aus der Sprache der einen Richtung in die der anderen übersetzen muß, während wiederum Jörger als Schüler Bleulers auch bei seinen Psychopathen glaubt eine „schizoide" Veranlagung nachweisen zu können. Im einzelnen sind natürlich Zweifel möglich, ob die Diagnose jedesmal richtig gestellt wurde; so gestehe ich, in Jörgers drittem Falle nicht unbedingt von dem Bestehen einer Dementia praecox überzeugt zu sein, und aus den, zum Teil gewiß recht wirren Vorträgen nur das Gefasel eines jungen, unreifen Menschen herauszuhören, der mehr gelesen hat, als er verdauen konnte. Doch ist ja solche Kritik beschriebener Fälle, ohne daß man die Kranken selbst gesehen hat, immer mißlich. Glaubte ich doch selbst bei A., solange ich nur die Akten kannte, es nur mit einem religiös überspannten Psychopathen zu tun zu haben, bis mich dann die persönliche Untersuchung sofort gründlich eines

[1]) Die zwei ebenfalls von Gaupp erwähnten Soldaten, die sich durch Zureden ihrer Umgebung, vielleicht auch unter dem Einfluß der Haft vorübergehend von ihrer Idee hatten abbringen lassen und sie nach kürzerer oder längerer Zeit wieder aufnahmen, zeigen nichts Periodisches.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anderen belehrte. Erwähnt sei noch, daß Peretti Gelegenheit hatte, einmal Meister und Jünger nacheinander zu beobachten, von denen dieser so schwachsinnig war, daß er kaum lesen und die Bibelstellen, mit denen er um sich warf, nie selber in der Bibel finden konnte.

Auch über die forensische Beurteilung dieser Dienstverweigerer ist in der Literatur alles Notwendige gesagt. Die Geisteskranken unter ihnen sind selbstverständlich freizusprechen, werden aber ihrer Gemeingefährlichkeit halber — zumal in Kriegszeiten — in der Regel interniert werden müssen. Hat doch auf religiösem Gebiet die größte Verschrobenheit des betreffenden Propheten, die noch so greifbare Abgeschmacktheit seiner Lehren noch niemals gehindert, daß er einen Kreis von Gläubigen um sich versammelte. Ich erinnere an A., an den sogar seine eigene Ehefrau lange Zeit glaubte, bis sie in der allerletzten Zeit zu der Ansicht kam, daß er doch wohl geisteskrank sei. Für die Psychopathen werden sich allgemeine Regeln nicht so leicht aufstellen lassen; zumeist wird man sie wohl für das, was sie in ruhiger Geistesverfassung begangen haben, verantwortlich machen; da man aber bei ihnen mit pathologischen Affekten, sogar Anfällen und Dämmerzuständen rechnen muß, ist genaue Prüfung jedes einzelnen Falles geboten. So wurde der vierte Kranke in Jörgers Arbeit, ein Ingenieur, freigesprochen, als er im Affekt vor der Front das Gewehr hingeworfen und den Fahneneid verweigert hatte; dagegen wurde er, als er später, als Redner in einem Friedensverein, einen Sturm auf eine Munitionsfabrik anführte, als zurechnungsfähig verurteilt.

Die von Gaupp aufgeworfene und verneinte Frage, ob wir es nicht oft mit Drückebergern zu tun haben, die es vorziehen, „unter Vortäuschung eines religiösen Gewissenszwanges den Dienst mit der Waffe zu verweigern und lieber das Kriegsende im Militärgefängnis der Heimat, als im Schützengraben abzuwarten", wurde auch uns im Falle B. gestellt. Wir haben diese Auffassung übereinstimmend mit Gaupp zurückgewiesen, und gerade bei B., der sich schon vor Jahren, als noch niemand an Krieg dachte, völlig in die Gedankenwelt eschatologischer Bücher vertieft hatte, war es leicht, sie zu widerlegen. Der Simulant wird sich stets lieber das Lazarett als das Gefängnis als Aufenthalt aussuchen, wenn es ihm darauf ankommt, sich den Gefahren des Frontdienstes zu entziehen; zudem gehört doch auch wohl eine ganz bedeutende Spannkraft dazu, sich lediglich zu Simulationszwecken die Rede- und Denkweise der Friedensapostel anzueignen; da schützt man bequemer schon einen Rheumatismus vor. Ob nicht trotzdem der Überdruß am Kriege in den beobachteten Fällen irgendwie eine Rolle spielt, ist eine ganz andere Frage, die erst später beantwortet werden soll.

Vorher ist es wichtig, noch auf eines einzugehen, was in den bisherigen Behandlungen unseres Themas entschieden zu kurz gekommen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist und doch ein im Grunde sehr wichtiges Problem darstellt. Wie kommt es, daß die Religion für einzelne von ihr erfüllte Personen der Anlaß wird, ihre sozialen Pflichten, insonderheit die Pflichten gegen das um seine Existenz ringende Vaterland, zu verleugnen? Liegt das im Wesen der Religion und bewegen sich die, die anders handeln, auf dem Boden eines unzulässigen, den Kern der Religion verleugnenden Kompromisses, oder kommt in der Dienstverweigerung nur eine psychopathische Veranlagung, eine geistige Minderwertigkeit zum Ausdruck? Das sind Fragen, die von manchen Bearbeitern wohl gestellt, in diesem oder jenem Sinne teilweise auch beantwortet worden sind. Aber schon der Umstand, daß die ausführlicher besprochenen Fälle durchgehend gerichtlicher Art waren, brachte es mit sich, daß viel mehr Nachdruck auf das Thema: Religiosität und Geisteskrankheit, als das andere: Religion und Charakter, gelegt wurde. Es scheint daher lohnend, dies einmal systematisch von einem mehr religionspsychologischen als klinischen Standpunkt aus zu behandeln.

Man wird den Verdacht nicht los, daß der erste der oben genannten Standpunkte von manchen der Autoren, die sich mit der Frage befaßt haben, geteilt wird. Das natürlich nur, soweit die mehr oder weniger Normalen und die Psychopathen in Betracht kommen, denn die Erzeugnisse einer religiös gefärbten Wahnbildung wird niemand ohne weiteres auf ihren Wahrheitsgehalt prüfen, so wenig wie andere Wahnideen. Von seinen Psychopathen aber meint z. B. Jörger, sie sprächen mit ihrer Friedenspropaganda nur das aus, was alle Welt dächte. Und auch W. Schmidt[1]), der sich durch die biblischen Beweisgründe seines Kranken logisch mattgesetzt fühlte, der meint, daß über die Berechtigung der Lehren bei diesen wie bei andern Fanatikern nur der Erfolg entscheide, scheint ähnlichen Ansichten zu huldigen. Erinnerungen an den Religionsunterricht, in dem die angeblichen Gebote Gottes als unbedingt geltende und verpflichtende vorgetragen zu werden pflegen, wirken mit, daß der Sachverständige an die Begutachtung mit einer Art bösen Gewissens hinangeht — und ähnlich empfindet oft wohl auch der Richter; ja sogar die Behörden sind davon nicht frei, wenn z. B. das preußische Kriegsministerium anordnet, bei Ungehorsam aus religiösen Gründen sei von einer Versetzung in Arbeiterabteilungen abzusehen[2]), und wenn derartige Missetäter in großem Umfange begnadigt werden. Es bleibt eben doch das Gefühl zurück, daß hier etwas zum Unrecht oder Verbrechen gestempelt wird, was es seiner Natur nach nicht ist, was sogar unter andern Gesichtspunkten, so bei den Christen

[1]) Dr. Wilhelm Schmidt, Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege (Habilitationsschrift). Berlin 1918. S. Karger. S. 10.

[2]) Militärstrafgesetzbuch, herausg. von Romen und Rissom. Berlin 1912. S. 323.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Verfolgungszeiten, als höchste Glaubens- und Gesinnungstreue gepriesen wird. Man tröstet sich schließlich mit einer Art Notwehr des Staates, der, wie Rieter hervorhebt, es nicht dulden kann, daß die Interessen der Disziplin, und damit letzten Endes seiner selbst, Wahnvorstellungen zuliebe in den Hintergrund gerückt werden[1]).

Demgegenüber sei darauf hingewiesen, daß andre, zweifellos tief religiöse Naturen sich durch die Teilnahme am Kampfe nicht im geringsten beschwert fühlten. Ich denke dabei an die Helden des Alten Testamentes von Moses bis zu den Makkabäern, an die Vorkämpfer des Islam mit seiner Verherrlichung des heiligen Krieges, an die Kreuzfahrer und Mitglieder der geistlichen Ritterorden. Und handelte es sich bei diesen noch um den Kampf gegen die Ungläubigen, so wird einer Johanna von Arc die Befreiung Frankreichs von den ebenfalls christlichen Engländern zu einer religiösen Aufgabe. Man kann aber doch unmöglich allen diesen Heroen die Religiosität absprechen, nur weil sie nicht zu denselben Folgerungen gelangten wie die Apostel des ewigen Friedens. Brachte doch noch 1914 der Ausbruch des Krieges eine entschiedene Zunahme der Religiosität, in der Front wie in der Heimat. Der „gerechte" Krieg wird eben leicht zum „heiligen" Kriege.

Man verweist auf die Bibel, und einzelne Bibelsprüche, wie „Du sollst nicht töten", „Liebet eure Feinde" und ähnliches spielen ja auch in den Beweisen derjenigen Patienten eine Rolle, bei denen im übrigen das eigentlich Religiöse hinter philosophischen und pazifizistischen Gedankengängen stark zurücktritt. Aber nicht weit von dem Gebote „Du sollst nicht töten" steht die ebenfalls auf göttliches Geheiß zurückgeführte Aufforderung, die Kananäer bis zum letzten Mann auszurotten (5. Mos. 5, 17; 7, 2), neben dem der Feindesliebe das andre, seine nächsten Verwandten, und dazu die eigene Seele zu hassen, und Jesus, um den Zwietracht sein wird bis in den engsten Schoß der Familie hinein, erklärt selbst, er sei nicht gekommen, den Frieden zu bringen, sondern das Schwert. Mit der Widerspruchslosigkeit der biblischen Gebote ist es nun einmal, trotz der Ausgleichsbemühungen der Theologen, schlecht bestellt, und darum verstehe ich auch nicht recht, weshalb sich Schmidt seinem Inkulpaten gerade logisch so wenig gewachsen fühlte. Schade, daß er nicht näher auf die Beweisführung des Mannes eingeht; nach dem, was er anführt, gewinnt man doch den Eindruck, daß ihn wohl mehr die Bibelfestigkeit, die rhetorische Gewandtheit und die Unerschütterlichkeit des Glaubens „mattsetzte", als die eigentliche Logik. Denn diese ist von jeher die Stärke der Gläubigen nur insofern gewesen, als es ihnen nie an Kühnheit der Schlußfolgerungen gefehlt hat — Loeb[2]) gibt dafür

[1]) A. a. O. S. 92. Das Wort „Wahnvorstellungen" darf selbstverständlich nicht im streng psychiatrischen Sinne gefaßt werden.

[2]) Dienstverweigerung aus religiösen Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Psych. neurol. Wochenschr. 1918/19, S. 191, 199.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einige treffende Beispiele auch aus der gelehrten Literatur, die man nach Belieben vermehren könnte.

Nun sind es ja niemals die großen offiziellen Kirchen, aus denen die Dienstverweigerer hervorgehen. Was Staatskirche sein will, kann die staatlichen Bedürfnisse nicht ablehnen, und so sehen wir ja denn auch, wie sich der Protestantismus von Anbeginn mit dem Staate auf Gedeih und Verderb verbunden hat. Der Katholizismus hat sich demgegenüber selbständiger gehalten, aber auch er war nicht umsonst seit 1600 Jahren Staatskirche, und schon die Politisierung des Papsttums selbst zwang ihn, den Krieg als gottgewollte Einrichtung anzusehen. Und für den, der sich im weltlichen Betriebe bedrückt fühlte, gab es trotzdem Organisationen genug, in denen er sich ganz seinem Gotte weihen konnte. Dem Laien aber sagt der Priester, was die religiöse Ethik von ihm verlangt, und wie gut diese Einrichtung sich bis heute bewährt hat, zeigt sich darin, daß unter den beschriebenen Fällen, soweit Angaben über die Konfession vorliegen, sich kein einziger Katholik befindet. Der Protestantismus zerbrach die Klöster und machte damit in seinen Gebieten die Weltflüchtigen heimatlos; er gab jedem Laien die Bibel zur freien Forschung in die Hand und schuf damit jene unendliche Zahl von Sekten aller Art, die, ebenso wie zu der staatlich geförderten Kirche, sich leicht auch zum Staate feindlich stellten. Eine Reaktion, die viel weniger mit der Logik als mit der Psychologie zu tun hat.

Heutzutage sind es unter den Sekten namentlich die Adventisten und jene wunderliche „Internationale Vereinigung ernster Bibelforscher", deren Anhänger durch hartnäckige Verweigerung des Kriegsdienstes die Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben[1]). Beide sicher zum guten Teil aus schwärmerischen, von der nahen Wiederkunft Christi überzeugten Leuten bestehend, beide aber, im Gegensatz zu den eingangs erwähnten Sondergruppen[2]), ohne grundsätzlich feindselige Stellung zum Heeresdienst. Die Adventisten haben sogar, wenn ich recht unterrichtet bin, ihre eingezogenen Mitglieder für die Kriegszeit von den

[1]) Zu den „Adventisten" gehören die Fälle von Schmidt und Loeb; „ernste Bibelforscher" sind außer B. mehrere Fälle von Gaupp und einer von E. Meyer (Religiöse Wahnideen und Kriegsdienst; Deutsche med. Wochenschr. 1918, S. 649); dazu kommen noch zwei unveröffentlichte von Peretti und Horstmann. Auch von den übrigen gehören noch viele zu Sekten und ähnlichen Gemeinschaften oder haben wenigstens mit der Landeskirche völlig gebrochen.

[2]) Es muß aber erwähnt werden, daß von den Mennoniten nur noch ein konservativ gesinnter Teil den Kriegsdienst verwirft; andere werden Reserveoffiziere und schlagen Bestimmungsmensuren, in Holland traten mennonitische Abgeordnete für die allgemeine Wehrpflicht ein (Art. Mennoniten; Die Religion in Gesch. und Gegenwart **4**, Sp. 271, 274). Bei den Quäkern setzt die Friedensbewegung erst im Jahre 1815 ein (ebda. Art. Krieg **3**, S. 1777). Man sieht, wie locker die Friedenspropaganda in beiden Fällen mit dem übrigen System verbunden ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

strengen Sabbatvorschriften befreit. Und auch die „ernsten Bibelforscher" lassen, wie mir unser Patient B. mitteilte, dem einzelnen völlig freie Hand, wie er sich zum Kriege stellen will. Ich habe auch in den Schriften ihres Begründers Russel, soweit sie mir B. zugänglich machte, nichts Staatsgefährliches gefunden. Und das Lieblingsbuch dieser Schwärmer, die Offenbarung Johannis, mit ihrer Fülle kriegerischer Gesichte, in der sogar der Messias als auf einem weißen Rosse in die Schlacht ziehender Reiter eingeführt wird, dem ein Schwert aus dem Munde geht, verfolgt gewiß alles andre als pazifizistische Absichten[1]). Trotzdem bleibt es Tatsache, daß in den genannten Sekten zahlreiche Anhänger, nicht nur in Deutschland, sondern auch in Amerika den Dienst ablehnten, nur daß man jenseits des großen Wassers noch weniger Spaß verstand als bei uns und einige von ihnen auf 20 Jahre ins Gefängnis schickte, mit der Begründung, eine derartige religiöse Propaganda sei für die Wohlfahrt Amerikas gefährlicher als eine deutsche Division[2]). Es ist begreiflich, daß jemand, der das baldige Ende der Welt erwartet, dem irdischen Treiben innerlich gleichgültig gegenübersteht; diese Stimmung läßt aber eine Entscheidung für und wider den Krieg zu; daß sie einseitig gegen den Krieg ausfallen müßte, liegt durchaus nicht im Wesen einer eschatologisch gerichteten Religiosität.

Wie hat man sich nun zu derartigen Leuten zu verhalten? Versuche, sie durch logische Widerlegung oder sonst durch Zureden von ihren Ansichten abzubringen, dürften von vornherein wenig aussichtsvoll sein. Es dürfte uns da gehen, wie Schmidt mit seinem adventistischen Unteroffizier, und ich glaube auch nicht, daß die vom preußischen Kriegsministerium angeordnete Einwirkung des Militärgeistlichen[3]) von besserem Erfolg sein wird; auch dort, wo sie einmal geglückt ist, wie in dem einen Falle von Gaupp, stellen sich doch nach kurzer Zeit neue Bedenken ein, die zu wiederholter Gehorsamsverweigerung führen. So stark affektbesetzte Vorstellungen lassen sich nicht wegdisputieren, und sehr hübsch zeigt auch unser Fall B., dem als einem ordentlichen und zuverlässigen Manne seine Vorgesetzten weit entgegengekommen waren, wie ihm immer von neuem auftauchende Skrupel auch die mittelbare Teilnahme am Kriege schließlich unmöglich machen, bis er die letzten Folgerungen aus seiner Gesinnung gezogen hat. Es würde auch

[1]) Die Stelle c. 13, 10 steht ziemlich isoliert. Die moderne Bibelwissenschaft schreibt sie der abschließenden Tätigkeit des letzten Herausgebers zu.

[2]) Nach dem obenerwähnten ungedruckten Gutachten von Horstmann. Dieser hatte die Freundlichkeit, es der Klinik zur Verfügung zu stellen. Es enthält eine eingehende Betrachtung über das Verhältnis von Geisteskrankheit und Religiosität, die mir von höchstem Werte gewesen ist; um aber einer etwa beabsichtigten Veröffentlichung nicht vorzugreifen, habe ich ihm nur ein paar tatsächliche Angaben entlehnt.

[3]) Romen-Rissom, a. a. O., S. 323.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nichts nützen, darauf hinzuweisen, daß der Brauch, die Bibel wie ein Mosaik einzelner, auf alle Gelegenheiten passender, gewissermaßen zeitloser Sprüche und Regeln zu benutzen, zwar altüberkommen, bei Katholiken und Protestanten gleich beliebt, dem Charakter der Bibel als eines Buches, an dem mehr als ein Jahrtausend gearbeitet hat, aber wenig angemessen ist. Wenn nur die entgegengesetzte Auffassung schon weiter in die Gemeinden eingedrungen wäre! Gewiß haben die großen Propheten des Alten Bundes nichts verloren, als die religionsgeschichtliche Schule sie aus den Bedingungen ihrer Zeit verstehen lehrte, der naive Glaube sucht aber auch heute noch aus ihnen die ihn berührende Zukunft zu enträtseln. Dasselbe gilt auch für die Bücher, um die sich die überspannte, auf eigene Hand forschende Laientheologie am meisten müht, die Apokalypse und das Buch Daniel, denen B. als drittes noch das Hohelied zugesellte; denn dieses, das mit seiner weltlichen Liebeslyrik so wenig in den Rahmen eines heiligen Buches hineinpaßt, hat ja schon im Altertum seine allegorische Erklärung gefunden. Noch weniger dürfte das Verständnis dafür vorhanden sein, daß die Sprache der Religion, schon weil ihre Geheimnisse doch für alle menschliche Erkenntnis transzendent sind, notwendig zum Paradoxon greifen muß und vor dem Widerspruch nicht zurückschrecken darf, um das, was sie sagen will, wenigstens ahnen zu lassen. In der theoretischen Theologie, etwa der Lehre von den Eigenschaften Gottes und den Naturen in Christus, ist das nicht anders als in der religiösen Ethik: die von ihr vertretenen Sätze müssen der weltlichen, aus den Verkehrssitten abgeleiteten Moral schnurstracks entgegenlaufen, und wer sie innerhalb der Welt wörtlich befolgen will, gerät in Konflikt mit seiner Umgebung[1]); das hat schon der heilige Franziskus nicht minder erfahren, als unsere Sabbatisten von heute.

Die Hartnäckigkeit, mit der unsere Patienten an ihren Überzeugungen festhalten, ihre Unbelehrbarkeit, ihre offen ausgesprochene Sucht nach Aufsehen und Märtyrertum legten den Gedanken nahe, ob man bei ihnen nicht mit Paranoikern zu tun habe, und dementsprechend ihr Glaube als ein religiöses Wahnsystem aufzufassen sei. Diese Ansicht ist vielfach, wie die veröffentlichten Krankengeschichten zeigen, auch in Gutachten zur Geltung gekommen, während doch auch wieder von irrenärztlicher Seite, von Gaupp und Schmidt (auch von Horstmann in seinem Gutachten) gewichtige Bedenken dagegen vorgebracht worden sind. „Die Psychiatrie muß sich wohl hüten, den gefährlichen

[1]) Köppens Fall drückt das so aus: „Der Staat hat unmenschliche Mittel zu seiner Selbsterhaltung nötig, ja den Vater- und Brudermord, dem Kinde muß schon Brutalität und Gefühllosigkeit auf vom Staate bestimmter Basis anerzogen werden... Wenn nun nebenbei gelehrt wird: „Du sollst nicht töten", welches Kind soll hier zwischen Recht und Pflicht unterscheiden? (a. a. O., S. 307).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fehler zu begehen, das Außergewöhnliche — namentlich in leidenschaftlich bewegter Zeit — kurzerhand zum Pathologischen zu stempeln; sie würde sonst Gefahr laufen, vor dem Richterstuhle einer anderen Zeit mit ihrem Urteil nicht bestehen zu können", schreibt Gaupp, und Schmidt warnt vor der „Gepflogenheit mancher Mediziner, von einem rein materialistischen und sehr einseitigen Standpunkt aus jede Geistesrichtung, die sich nicht auf naturwissenschaftlicher Basis aufbaut, als abnorm zu bezeichnen", wobei ich allerdings die Schwächen der sog. naturwissenschaftlichen Weltanschauung nicht gerade in diesem Punkte sehen kann. Mit der Annahme eines im Menschen wirkenden Triebes zur Religion, einer „psychobiologischen Veranlagung", wie Horstmann sagt, ist allen berechtigten Ansprüchen der Naturwissenschaft genug geschehen; warum sich nun dieser Trieb stets auf das Jenseitige (Transzendente) richtet, kann sie von sich aus so wenig erklären wie irgendeine andere psychologische Tatsache.

Die Schwierigkeit liegt darin, daß es weder ein Normalmaß der Frömmigkeit noch eine genaue Abgrenzung der übertriebenen Religiosität vom religiösen Wahne gibt, daß uns jede Möglichkeit, den Inhalt der Religionen an irgendeiner objektiven Wirklichkeit zu messen, versagt ist. Schon 1910 hat das Horstmann[1]) mit vollem Nachdruck hervorgehoben: „Ich kann die religiösen Vorstellungen eines Andersdenkenden noch so barock finden; daß sie falsch sind, werde ich ihm für gewöhnlich nicht beweisen können. Sonst könnten doch nicht so viele in ihren Endzielen weit divergierende Konfessionen von den tiefsten Denkern der Menschheit mit gleich scharfsinnigen Argumenten verteidigt werden." Später haben sich E. Meyer[2]) und neuerdings Loeb bemüht, den Begriff des religiösen Wahnes exakt festzulegen, ohne wesentlich über Horstmann hinausgekommen zu sein. Wenn allerdings Meyer die Wahnidee bestimmt als „eine Vorstellung, die nicht im Einklang steht mit dem Erfahrungsmaterial und der Korrektur durch Gründe der Vernunft nicht zugänglich ist", so ist diese Definition viel zu weit und würde nicht nur auf den größten Teil der religiösen Ideen, sondern selbst noch auf manche mathematischen Spekulationen zutreffen; der Hinweis auf den krankhaften Prozeß, der zur Wahnbildung führt, und auf die Tatsache, daß dieses nicht der Erfahrung entstammende Material nun doch als Erfahrung gewertet wird, durfte nicht fehlen. Recht hat Meyer aber darin, daß es bei der Begutachtung auf die ganze Persönlichkeit des zu Beurteilenden ankommt, und Loeb versucht sogar, die maßgebenden Gesichtspunkte kurz zusammenzufassen. Ich gebe die betreffende Stelle wörtlich wieder:

[1]) Fanatismus — Aberglaube — Wahnvorstellung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **1**, S. 216ff. 1910.

[2]) Religiöse Wahnideen. Archiv f. Religionswissenschaft 1913, S. 1ff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„1. Religiöse Ideen können ihrem Inhalt nach kaum in gesunde und kranke geschieden werden.

2. Auch eine scharfe Scheidung des religiös-gesunden und -kranken Erlebens ist nicht möglich.

3. Religiöses Erleben darf als krankhaft bezeichnet werden:

a) bei ungewöhnlicher Dauer und Intensität des Einzelerlebnisses;

b) je unklarer religiöse Begriffe, je unlogischer die Gedankengänge, je sicherer trotzdem der Gläubige;

c) je erheblicher der Widerspruch zwischen Handlungen, die durch den Glauben beeinflußt sind, einerseits und den geltenden Rechts-, sozialen und ethischen Pflichten andrerseits;

d) je stärker der Ichkomplex im Erleben betont ist.“ [1])

Man sieht aber leicht, daß auch diese Sätze höchst unbestimmt („können“, „kaum“, „darf“) formuliert sind, 3a) begeht zudem den oben gerügten Fehler, das Außergewöhnliche dem Pathologischen gleichzusetzen. In der Tat wird man sich wohl zur Diagnose einer Geisteskrankheit erst entschließen dürfen, wenn bei religiöser Färbung der Ideen sich das Zustandsbild und der Verlauf mit den verwandten Formen nicht religiöser Wahnbildung decken, aber auch da ist Vorsicht geboten. Verfolgungs- und Größenideen der Art, daß der Gerechte viel leiden muß, daß ihm die Welt feindlich ist und unter dem Einfluß von Dämonen steht, daß der Fromme aber dafür auf einen besonderen himmlischen Lohn rechnen darf, sind nun einmal religiöses Gemeingut, das zu irgendwelchen Folgerungen nicht berechtigt. Nicht einmal das Bestehen von Sinnestäuschungen ist hier ausschlaggebend, wenn nur diese (Gottesstimmen, Engelserscheinungen u. ähnl.) lediglich in Zuständen ekstatischer Begeisterung vorkommen. Selbst das Kreuzigungserlebnis des A. wäre, wenn es allein stünde, nicht entscheidend, denn derartige Vorgänge sind aus dem Leben visionärer Heiliger mehr als einmal bekannt, und auch bei der sonst für die Diagnose oft so wichtigen Sprache müssen wir berücksichtigen, daß sich die Religion gewohnheitsmäßig eines gehobenen Tones mit seltsamen Bildern bedient. A.s Reden waren wohl im ganzen etwas süßlicher und verdrehter, Verschrobenheiten fehlen aber auch bei B. keineswegs (z. B. „Glied der Braut Christi“). Der Widerspruch gegen die Logik, auf den Loeb Gewicht legt, ist meines Erachtens für das religiöse Denken schlechthin bezeichnend, das antisoziale Verhalten sogar bei Paranoikern keineswegs unbedingt erforderlich. Es bleibt also nur noch der stark betonte Ichkomplex, in dessen Bewertung ich mit Loeb übereinstimme, denn der religiöse Wahn ist

[1]) A. a. O., S. 203.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genau so egozentrisch wie der Wahn überhaupt. Nur darf man auch hier die bereitliegenden Bilder der dogmatischen Überlieferung nicht vergessen: ein wiedergeborener Christus, eine neue Jungfrau Maria ist in unserm christlichen Kulturkreise der Geisteskrankheit ohne weiteres verdächtig; in Tibet, wo es zum Wesen des Frommen gehört, die Wiederverkörperung eines Heiligen der Vorzeit zu sein, können dieselben Ideen völlig normal sein. Die Begutachter haben freilich zum Teil erheblich weitherzigere Grundsätze entwickelt.

Eher scheint es möglich, an die Fälle vom Begriff der „überwertigen Idee" aus heranzukommen. Das hat schon Köppen in seiner Arbeit, der ersten, die sich überhaupt mit der Frage beschäftigte, getan. Er versteht darunter eine Idee, die „an und für sich nichts Krankhaftes an sich trägt, durchaus vernünftig und annehmbar ist. Pathologisch wird der Zustand erst durch den großen Einfluß, den die Idee gewinnt, und namentlich auch durch die Herbeiführung von Handlungen, welche mit den wahren Interessen der Person in Widerspruch stehen"[1]). (Wie man sieht, auch hier ein soziales Kriterium statt des rein klinischen.) Von einer Psychose oder einer geistigen Störung im Sinne des Gesetzes will er trotzdem nicht ohne weiteres sprechen, wie er auch seinen Kranken, den er zweimal zu beobachten hatte, jedesmal für zurechnungsfähig erklärt hat. Gaupp wendet dagegen ein, daß die Überwertigkeit der religiösen Überzeugung zum Wesen des lebendigen Glaubens gehöre. Geben wir das zu, so entfällt jede Beziehung zum Pathologischen, die doch wohl in dem Begriffe „Überwertigkeit" liegt und jedenfalls von seinem Schöpfer, Wernicke, gemeint war. Das Wort Fichtes, was für eine Philosophie jemand habe, hänge davon ab, was für ein Mensch er sei, läßt sich sicher mit demselben Recht auf die Religion anwenden. Können wir aber annehmen, daß wirklich eine völlig normale Persönlichkeit imstande ist, nach Art unserer Fälle antisozial zu reagieren? Denn das, nicht die Religiosität an sich ist es doch, weshalb bei Ärzten und Laien immer wieder die Vermutung auftaucht, es mit Geisteskranken zu tun zu haben.

Ich muß mich hier wieder zu den Kollegen in Gegensatz stellen, auf die die Bibelfestigkeit, die Überzeugungstreue ihrer Patienten einen so bedeutenden Eindruck gemacht hat, daß sie geneigt sind, nun auch von dem inhaltlichen Werte dieser Religiosität besonders hoch zu denken. Für mich liegt darin, daß Männer, die sich im Frieden die Wohltaten eines geordneten Staatslebens gern gefallen ließen, sich ihm in der Not versagen, der unverkennbare Ausdruck einer ethischen Minderwertigkeit. Ich leugne gar nicht, daß es Prediger der Menschenliebe und des ewigen Friedens geben kann, auf die diese Charakteristik nicht zu-

[1]) A. a. O., S. 302.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trifft, von denen wirklich ein Hauch des Friedens ausgeht und die selbst ihre Gegner zu einer widerwilligen Anerkennung nötigen; sowenig aber diese mit gewissen Pazifisten zu vergleichen sind, die um ihrer Ziele willen die ganze Welt durcheinanderhetzen, so wenig wird man bei unsern Dienstverweigerern, trotz der reichlichen religiösen Phrasen und des Aufwandes von Bibelstellen, den Eindruck einer erhabenen, weltüberwindenden Frömmigkeit haben, sondern bestenfalls den der religiösen Eigenbrödelei. Gewiß, die Leute sind weder Lumpen noch Heuchler, auch keine Feiglinge, denn viele haben, wie immer wieder hervorgehoben wird, oft jahrelang in der Front ihre Pflicht getan, aber sie sind Egoisten. Ich habe das meinem Patienten B. ganz offen vorgeworfen, als er mir auseinandersetzte, das diesseitige Leben sei nur eine Schule für das Jenseits, und wenn er hier durch falsche Pflichterfüllung Fehler mache, habe er seine ganze Zukunft dadurch verscherzt. Er war durch diese Einrede auch gar nicht weiter betroffen und erklärte mir, er fürchte für die Zukunft nach dem Tode, und da könne der Egoismus gar nicht groß genug sein. Die Reiche dieser Welt stünden doch vor dem Zusammenbruch: „Gott ist neutral und ebenso unser Herr Christus, da sollen die Nationen die Sache unter sich abmachen." B. wird sich vielleicht im stillen auf den bekannten Bibelspruch berufen: „Was hülfe es dem Menschen, wenn er die ganze Welt gewönne und nähme doch Schaden an seiner Seele" (Matth. 16, 26), aber das soll doch nicht heißen, daß man aus bloßer Besorgnis für das eigene Ich — auch wenn sich diese religiös oder metaphysisch gibt — die höchste Leistung aufopfernder sozialer Liebe, den Tod für das Vaterland, ablehnen darf[1]).

Überhaupt möchte ich bezweifeln, ob es den Leuten mit ihrem zur

[1]) Ich gebe hier noch einige Äußerungen von Theologen wieder, die sich mit meinen Ansichten berühren. „Wer einen Staat will, muß unter Umständen auch den Krieg wollen", schreibt G. Naumann (Art. Krieg in dem Handbuch: Die Religion in Geschichte und Gegenwart **3**, Sp. 1779), und bemerkt etwas später sehr gut: „Was der eine aus edelsten Gründen tut, nimmt der andere aus Selbstsucht oder Faulheit als sein gutes Recht in Anspruch." Titius (Unser Krieg, Religionsgesch. Volksbücher V, 17/18, S. 21) meint, daß die Dienstverweigerung „in unserem Volke mit seiner allgemeinen Wehrpflicht jeden sittlichen Sinn verlieren würde. Wer heute über dem Trachten nach seinem persönlichen Seelenheil seines Volkes Not vergessen wollte, den müßten wir einen Egoisten schelten". Dagegen tritt Baumgarten für das unbedingte Recht der Persönlichkeit ein: „Der Staat und die Nation ist der Güter höchstes nicht!" (Politik und Moral, Tübingen 1916; vgl. Bresler, Psych. neurol. Wochenschr. 1917/18, S. 217), will aber die Verpflichtung des Bürgers, auch in einem von ihm nicht gebilligten Kriege dem Vaterlande seine Dienste zu leisten, nicht bestreiten. Reiches religionsgeschichtliches Material zu der ganzen Frage außer in dem obengenannten Artikel von Naumann auch bei Bertholet, Religion und Krieg (Rel. Volksb. V, 20).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schau getragenen Verlangen nach dem Märtyrertum immer so ganz ernst ist. Gewiß, sie sind bereit, für ihre Überzeugung Opfer zu bringen: B. verläßt das Gefängnis und gibt die wiedererlangte Freiheit lieber sofort wieder preis, als daß er von seiner Idee läßt. Sie betonen auch gern, daß sie eher sterben wollen als die Waffen gegen den Feind ergreifen. Man könne ihm den Leib nehmen, aber die Seele nicht; er wolle sich lieber in Stücke zerteilen lassen als Dienst tun, meint der geisteskranke A.; ebenso B., der auch jetzt noch den Dienst verweigern würde, selbst auf die Gefahr des Todes. Er nehme keine Rücksicht auf sein Leben, sondern wolle nur das Evangelium Gottes bezeugen, erklärt Horstmanns Patient. Aber sollte ihnen die Tatsache, daß wegen Ungehorsams nur unter ganz besonderen Umständen auf Todesstrafe erkannt werden kann (§ 95, 2 M. Str. G. B.), so völlig unbekannt sein? Ganz besonders mißtrauisch bin ich geworden durch den Fall von Schmidt, der als Unteroffizier vom Urlaub nicht zurückkehrt, sondern flüchtig wird und erst nach zwei Monaten ergriffen wird. Es entspricht doch eigentlich nicht dem Bilde des Märtyrers, sich dem Zusammenstoß der Pflichten durch die Flucht zu entziehen. Ohne daß er wenigstens nachher über seine Feigheit bittere Reue empfände. Ehrlicher ist da die Handlungsweise von zwei Patienten Gaupps, die in der unerträglichen Zwangslage zum Selbstmordversuch schreiten; einen besonderen Heroismus sehe ich aber auch darin nicht, vielmehr scheint mir eine solche Tat mit der bekannten Kontrastreaktion, dem Selbstmord aus Todesangst, aufs nächste verwandt.

Nach meiner Ansicht liegt die eigentliche Wurzel der Gehorsamsverweigerung nicht in der so oder so begründeten Stellung zur Religion, sondern im Überdruß am Kriege. Nicht als ob die Inkulpaten die religiösen Bedenken heuchelten, sie vorschützten oder auch nur übertrieben, um sich dem Dienst im Schützengraben zu entziehen, davon ist keine Rede, aber die Kampfesmüdigkeit liefert den Nährboden, aus dem die kriegsfeindliche Weltanschauung aufsprießt. Dafür spricht einmal, daß sich die bekannt gewordenen Fälle mit der Länge der Kriegsdauer häuften, insbesondere aber auch, daß der überwiegendste Teil von ihnen sich zunächst ohne irgendwelchen Widerstand hatte einstellen lassen, selbst dann, wenn sie schon vorher Beziehungen zu adventistischen Sekten gehabt hatten; erst während des Dienstes erwacht das Gewissen, setzen die „schweren, inneren religiösen Kämpfe" ein. Und während es ihnen meistens gelingt, solange sie Frontdienst tun, mit ihren Bedenken fertig zu werden, gewinnen diese die Übermacht, wenn die Leute auf Urlaub wieder enger mit ihren Kreisen in Verkehr treten oder in Heimatslazaretten Zeit zum Grübeln haben. Wir wissen aber, daß Urlaub und Heimatslazarett auch die Orte waren, in denen sich eine andre pathologische Reaktion auf die Kriegserlebnisse, die Zitter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neurose und verwandte Krankheiten, üppig entwickelte. Gewiß liegt weder hier noch dort ein klar bewußter Zusammenhang vor; Dienstverweigerer und Neurotiker werden den ihnen tatsächlich ja von verschiedenen Seiten gemachten Vorwurf der Feigheit mit vollem subjektivem Recht zurückweisen. Aber wie der einzelne in der Masse unbedenklich Handlungen begeht, deren er sich als Einzelperson schämen würde, so wird auch ein sonst als niedrig und verwerflich erkannter Gedanke erträglich, wenn es ihm gelingt, sich einer Weltanschauung einzupassen. Daß diese sich bei Ungebildeten zumeist religiös, bei Gebildeten philosophisch oder soziologisch gefärbt zeigen wird, liegt in der Natur der Sache und wird durch die mitgeteilten Fälle bestätigt. Das Ergebnis ist aber stets, daß die Herkunft der betreffenden Gedanken aus egoistischen Motiven gänzlich vergessen wird, ja sogar eine völlige Umwertung eintritt, insofern die Ableistung des Fahneneides, die frühere Diensttätigkeit wie ein Akt der Feigheit erscheint.

Gewiß passen diese eigenartigen religiösen Schwärmer in unsere Zeit schlecht hinein. Positivismus und Skeptizismus beherrschen unser Denken und unsere Ethik, und wenn wir begreifen, daß jemand, um bisher verschlossene Gebiete dem Handel zu eröffnen, ja vielleicht auch noch, um die Quellen des Nils zu finden, sich in Todesgefahr begibt, so fehlt uns das Verständnis dafür, daß einer Gericht und Strafe nicht scheut, nur um Grundsätze zu bekennen, deren Wahrheit er nicht beweisen kann, noch deren Nutzen für irgend jemanden einleuchtet. Wir dürfen nur nicht vergessen, daß es noch keiner Zeit gelungen ist, alle Menschen über einen Leisten zu schlagen, und daß stets die verschiedensten Ansichten nebeneinander einhergehen, ohne daß wir berechtigt sind, die Vertreter der einen, uns unbequemen oder unverständlichen, für geisteskrank zu erklären. Wer aus religiösen Gründen den Kriegsdienst verweigert, ist, wie Gaupp mit Recht sagt, abnorm, insofern er vom Durchschnitt seiner Mitmenschen in seinem Handeln erheblich abweicht, er ist aber auch, wie ich darüber hinaus behaupten möchte, pathologisch, weil in ihm der soziale Trieb, der doch den Menschen erst zum Kulturmenschen gemacht hat, verkümmert ist. Das bedingt aber noch lange keine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des Gesetzes, die in jedem Falle aus ganz andern Umständen zu erschließen wäre, und wenn das Wort „frei" im § 51 des Strafgesetzbuches einen Sinn haben soll, so müssen wir doch daran festhalten, daß jeder sich seine Weltanschauung „frei" wählt.

Zu hüten haben wir uns auch vor einer falschen Sentimentalität. Sie läge darin, daß der Gutachter, weil er den Angeklagten nicht für einen Verbrecher halten kann, ihn achtet oder vielleicht sogar im Geheimen ein bißchen bewundert, nun gewaltsam eine Geisteskrankheit, eine „primäre Denkstörung im Sinne der Paranoia" aufbaute. Aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch Schmidt, der diese Methode mit guten Gründen bekämpft, hat die Sentimentalität nicht ganz überwunden, wenn er warnt, diese ethisch hochstehenden Menschen für geisteskrank zu erklären, weil man damit ihre Überzeugung herabsetze und ihr subjektives Empfinden in den Schmutz ziehe. Ich glaube, daß wir demgegenüber an der immer wiederholten Regel festhalten sollen, unser Gutachten, ohne Rücksicht auf die Folgen, lediglich nach unserer wissenschaftlichen Überzeugung abzugeben.

Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Zur Technik psychologischer Analyse.

Von
Dr. **Max Margulies** (Wittenau).

(Eingegangen 28. Dezember 1918.)

Der Entwicklung der Psychopathologie sind zwei Wege gegeben: Ausbreitung unserer Kenntnisse von körperlichen Abweichungen und Vertiefung unserer Kenntnisse vom subjektiven Erleben der Kranken. Anatomische Forschung gehört der ersten Kategorie an. Die Forschung soll beide Wege völlig unabhängig voneinander beschreiten; grundsätzliche Verschiedenheit der Methodik sollte eine selbstverständliche Voraussetzung sein. Daß die Wege sich an vielen Stellen kreuzen und manche Ergebnisse aus den verschiedenen Gebieten einen inneren Zusammenhang aufweisen, ist natürlich zu erwarten. Aber gerade anatomisch geschulte Köpfe neigen dazu, aus ihren Methoden und Erfolgen vorzeitig Schlüsse auf entsprechende Verhältnisse im andern Gebiet zu ziehen oder gar dieses andere Gebiet als unzugänglich einer eigenen wissenschaftlichen Durchdringung zu betrachten. Wenn man z. B. im Hinblick auf die schweren Hirnveränderungen bei alten Verblödungen behauptet, daß es da gar keine Art von Anknüpfung oder Vergleich mit normalem Seelenleben gebe, so sagt man damit, daß die Gehirne sich zwar anatomisch vergleichen lassen, ihre Funktionen aber jeder vergleichenden Betrachtung entzogen sind. Und damit schränkt man die ganze Psychopathologie auf reine Beschreibung äußerer Symptome ein, ein für eine Wissenschaft unbefriedigender Zustand.

Aber auch in bloßer Beschreibung innersten Erlebens liegt noch keine Methode psychologisch vergleichender Darstellung. Vergleichspunkte können sich erst bieten, wenn eine allgemeine Betrachtungsweise für jedes Erleben sichergestellt ist. Sie muß erschöpfende Wiedergabe zulassen und selber unmittelbare Hervorhebung des Wesentlichen leisten. Wichtige Arbeiten der letzten Jahre haben in dieser Richtung Bedeutsames zutage gefördert (von Jaspers, Kronfeld, Österreich u. v. a.). Zu einer für die Gesamtheit der Erscheinungen verbindlichen Theorie haben sie noch nicht geführt; und gar die Ausbildung einer Methode, aus gegebenen äußeren Befunden, die damit zugleich vorhandenen inneren Zustände zu erschließen, ist für das pathologische Gebiet noch kaum versucht worden. Grundlegend in jedem Falle ist immer

Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

wieder die klare Einsicht, ob wir unsere Betrachtung auf objektive Erscheinungen oder auf subjektive Vorgänge richten. Zunächst ist alles für mich objektive Erscheinung, sei es selbst künstlerisch bedeutsame, einleuchtende Schilderung von Erlebtem. Auch was wir sonst zugleich mit unserer Wahrnehmung ohne weiteres als Ausdruck innerer Vorgänge erfassen, ist für die erste Betrachtung äußeres Symptom, und daran knüpft sich die Forderung, es als faßliches Objekt vorzulegen. Seine Darstellung ist etwas ganz anderes als seine Verwertung zur Erschließung fremden Innenlebens. Sie muß nach Grundsätzen erfolgen, welche eine naturwissenschaftliche Untersuchung und Eingliederung des Objekts gestatten. Die psychologische Untersuchung, welche das gleiche Objekt als Bewußtseinsinhalt zum Gegenstande hat, legt ihm zwar nicht durchaus andere Eigenschaften, jedoch entschieden andersartige Beziehungen bei.

Es gibt für mich eine Reihe von Bewußtseinsinhalten, welche mir allein angehören. Sie können durch meine Ausdruckstätigkeit einem fremden Beobachter als Objekte zugänglich gemacht werden. Will dieser Beobachter solche Objekte als Inhalte meines Bewußtseins werten, so muß er mit besonders gearteten Urteilen an sie herantreten. Was für Urteile das sind, will ich zunächst noch nicht ausführen, sondern einmal die Frage erörtern, ob ich diesen Inhalten gegenüber in gleicher Weise Stellung nehmen kann wie der außenstehende Beobachter, der sie durch meine Ausdruckstätigkeit als Inhalte meines Bewußtseins erkannt hat. — (Solche Inhalte sind ja durch die Ausdruckserscheinungen selber schon teilweise gegeben. Wenn ich also für die nächsten Erörterungen Urteile über Ausdruckstätigkeit und Inhaltsfolge nebeneinander stelle, ohne vorläufig die Beziehungen zwischen Ausdruck und Inhalt zu erläutern, so ist das eben durch die Tatsache begründet, daß ja die Ausdruckstätigkeit selber unter den Inhalten des Bewußtseins vertreten ist. Überhaupt werden die Bewegungen, welche ein anderer an mir wahrnimmt, von mir selbst empfunden und sind somit Inhalte meines Bewußtseins und in meinen inneren Zuständen enthalten. Sie geben dem Beobachter also ein erstes Mittel an die Hand, meinem Innenleben näherzutreten.)

Einen Anhaltspunkt gibt eine in der psychiatrischen Literatur ganz nebensächlich behandelte Frage: über die Beziehungen des Symptoms der Perseveration zu Zwangszuständen und zur Gedächtnistätigkeit. Perseveration ist äußeres Symptom, von besonderer Wichtigkeit für die klinische Diagnostik; Zwangszustände sind rein subjektive Vorgänge, welche den Vorzug haben, daß sie leicht bemerkt werden und eindeutig zu beschreiben sind. Die Perseveration stelle ich durch nachträgliche Analyse meiner Beobachtungen fest, Zwangszustände empfinde ich als solche unmittelbar. Eine äußerliche Verwandtschaft liegt darin,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß beide Fälle durch Wiederholung früherer Erscheinungen gekennzeichnet sind, eine innere darin, daß diese Wiederholung am ungeeigneten Ort auftritt. Daß die Frage Schwierigkeiten machte, lag am Mangel klarer Sonderung des subjektiven Vorgangs vom objektiven Symptom, und damit kam einerseits das Gefühl für eine innere Verwandtschaft (Aschaffenburg), andererseits das diagnostische Interesse für eine klare Umfriedung des Symptoms (Sölder).

Diese Betrachtung hat ein Einzelbeispiel zum Gegenstand, in welchem gleichartige Urteile über Ausdruckserscheinungen und über innere Vorgänge stattfinden. Etwas anders sind die Beziehungen des Perseverierens zur Gedächtnistätigkeit. Sie gehen auf die biologische Bedeutsamkeit des Symptoms und sind dadurch besonders interessant geworden, daß bei den Untersuchungen der Gedächtnisfunktion Perseverationserscheinungen hervortreten und eine ganz neuartige Beleuchtung erfahren. Die „perseverierenden Tendenzen" sind in den Experimenten Elias Müllers durch die Beobachtung festgestellt worden, daß Fehlreaktionen durch das Wiederauftauchen vorhergegangener Reaktionen bedingt wurden, und wenn dieser Vorgang nicht gerade zu einer Fehlreaktion führte, war er doch die erkennbare Ursache einer Verzögerung der richtigen Reaktion; den Gegensatz zu den perseverierenden Tendenzen bilden die „assoziativen Reproduktionstendenzen"; da es sich bei Urteilen über Gedächtnisleitungen zunächst darum handelt, ob es zutreffende Leistungen sind oder nicht, enthalten die Bestimmungen der Wirksamkeit beider Reihen die Gesamtheit der möglichen Urteile über eine bestimmte Seite der Gedächtnisfunktion; es bilden die beiden Reihen also ein erschöpfendes System der bei Gedächtnisleistungen wirksamen „Tendenzen".

Und damit ist gleichzeitig eine Art von Urteilen gegeben, die auf psychische Vorgänge bezogen werden. Auch die Frage, ob ich Objekten des eigenen Bewußtseins gegenüber in gleicher Weise Stellung nehmen kann wie solchen, die mir durch fremde Ausdruckstätigkeit gegeben sind, mußte in einem besondern Einzelfalle bejaht werden. Dagegen ist die Allgemeingültigkeit der „Tendenzen" für die Darstellung psychischer Akte noch keineswegs sicher erwiesen. Die Behandlung dieser Frage setzt vor allem Klarheit über die Bedingungen voraus, welche die Anwendung der „Tendenzen" ermöglichen, sowie über die Art psychischer Inhalte und ihr Verhältnis zu Naturobjekten.

Solche Tendenzen sind wirksam, wenn eine Reaktion auf einen bestimmten Reiz gegeben ist und ihr Verhältnis zum Reiz, zu früheren Reaktionen, zu einer besonderen Aufgabe oder Absicht u. dgl. festgestellt werden kann. In der Folge der Bewußtseinsinhalte müßte demnach jeder einzelne Inhalt als Reaktion auf einen Reiz und gleichzeitig als Reiz, auf den mit einem weiteren Inhalt reagiert wird, aufzufassen sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das ganze Seelenleben also dem Experiment der fortlaufenden Assoziationen sich vergleichen lassen. Besondere Akte wären dabei für die Urteile über „Richtigkeit" und „Fehlreaktion" anzunehmen, und diese Akte hätte man weniger auf die einzelnen Inhalte, an welche sie verankert scheinen, als auf Art der Folge und Zusammenhang der Inhalte zu beziehen. Und nehme ich noch an, daß ich die eigene Bewußtseinstätigkeit in der Art eines fortlaufenden Assoziationsexperiments denken kann, so muß ich mir einen inneren Beobachter dazu vorstellen, welcher Art der Folge und Zusammenhang der Inhalte in gleicher Weise darstellt, wie der Untersuchende Art der Folge und Zusammenhang der protokollierten Reaktionen.

In den Arbeiten Achs und seiner Schüler werden neben den perseverierenden und den assoziativen Reproduktionstendenzen die determinierenden Tendenzen als dritte, den beiden anderen gleichgeordnete Reihe angeführt. Sie haben Beziehungen zu Willensakten und lassen ihre Wirksamkeit durch eine Anzahl objektiver Momente erkennen. Auf ihnen beruht die Lösung von Aufgaben, die Auswahl der Reaktionen im Sinne bestimmter Absichten, die zur Zeit des Handelns sehr wohl unbewußt sein können usw. Zu ihrer Verwirklichung können ebenso perseverierende wie assoziative Reproduktionstendenzen beitragen. Diese werden dann lediglich am objektiven Befund ohne Beziehung auf innere Vorgänge festgestellt und haben auch für den Ausfall der Reaktionen als richtiger oder falscher keine Bedeutung. Die Selbständigkeit der determinierenden Tendenzen zeigt sich in der Möglichkeit, neue Assoziationen zu schaffen, und die Feststellung ihres Charakters als neuer Assoziationen beruht allein auf dem objektiven Gesamtbefund innerhalb einer abgeschlossenen Untersuchungsreihe; soweit es sich also um objektive Kennzeichen handelt, besteht die Gleichordnung der determinierenden Tendenzen mit den beiden anderen Reihen zu Recht, und die Frage, ob die „neuen" Assoziationen nicht letzten Endes auf früher gestiftete zurückzuführen sind, hat für das geschlossene Experiment keine Bedeutung. Die Tatsache, daß zur Lösung einer Aufgabe perseverierende und assoziative Reproduktionstendenzen beide sowohl fördernd als hemmend wirken können, sagt nur, wie schon oben erwähnt ist, daß ihnen keine Bedeutung für den Ausfall der Reaktionen als richtiger oder falscher zukommt; ein Urteil darüber muß man eben der Richtung der Determination entnehmen, welche ja bei Gedächtnisuntersuchungen lediglich auf Festhalten und treue Wiedergabe bestimmter Verbindungen geht, und hier werden die Bedingungen durch die assoziativen Reproduktionstendenzen erfüllt, durch die perseverierenden Tendenzen aufgehoben. Bei Aufgaben anderer Art fällt diese eindeutige Wirksamkeit fort.

Die Frage ist nun, ob für den fingierten inneren Beobachter in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleichen Weise drei einander gleichgeordnete Reihen von „Tendenzen" bestehen. Ohne Zweifel kann bei psychischen Akten das Bewußtsein einer Aufgabe oder besonderen Willensrichtung in irgendeiner Form gegenwärtig sein, ebenso wie das Gefühl, daß früher gestiftete Verbindungen auftauchen, oder daß bestimmte Inhalte immer wiederkehren und sich nicht beseitigen lassen. Während aber die Willensfunktion und ihre Bewußtseinsformen grundlegende Bedeutung für das Erleben haben und das Urteil darüber, ob und in welcher Form diese Funktion in dem einzelnen Bewußtseinsakt vertreten ist, jedesmal notwendig ist, sind die oben genannten „Gefühls"arten nur zufälliger Natur, und daraus schon ergibt sich, daß dem „inneren Beobachter" nur zwei Reihen von „Tendenzen" gegeben sein können, nämlich die determinierenden Tendenzen einerseits und das Gegensatzpaar der beiden anderen andererseits. Während die erste Reihe durch Erlebnisweisen gekennzeichnet ist, welche auf einer wichtigen Funktion beruhen, ist eine entsprechende allgemeine Bedeutung der anderen Reihe nicht ohne weiteres gegeben. Sollen sie für die Analyse des Erlebens wirklich fruchtbar werden, so darf man sie für den „inneren Beobachter" nicht einfach übernehmen, sondern muß versuchen, sie irgendwie umzuformen, ohne ihren Grundcharakter unkenntlich zu machen; dieser Versuch ist als gelungen anzusehen, wenn bestimmte seelische Momente aufgefunden werden, welche solche fingierten Urteile des inneren Beobachters in der Wirklichkeit des Erlebens vertreten und durch derartige Urteile in einer ihr Wesen erschöpfenden Weise darzustellen sind. Einen Anhaltspunkt gibt folgende Betrachtung: Im Experiment bestimmt der Untersucher auf Grund der einmal festgesetzten, umschriebenen und bekannten Aufgabe den Wert der Reaktion und bezeichnet sie, wenn die Aufgabe solche eindeutigen Urteile zuläßt, als richtig oder falsch, im andern Falle als mehr oder weniger der Aufgabe entsprechend. Im Flusse des inneren Erlebens pflegen solche festgehaltenen Aufgaben nicht immer wirksam zu sein und die Willensrichtung häufig zu wechseln. Die Urteile des „inneren Beobachters" bezüglich richtiger oder Fehlreaktionen werden sich also nicht immer an so klar sichtbare Richtlinien halten können. Sie brauchen ihre Beziehungen zu besonderen Determinationen keineswegs zu verlieren, müssen aber außer diesen noch eine andere Quelle haben oder eine besondere elementare Prägung besitzen. Nun hängt dem Begriff der Assoziation von vornherein die Eigenschaft des an die Stelle Passenden, dem der Perseveration die Eigenschaft des an falscher Stelle Befindlichen an. Es ist damit nicht gesagt, daß die Perseveration ohne weiteres als völlig erschöpfender Gegenstand der Assoziation gelten soll; diesen bezeichnen wir besser als Assoziationsmangel oder Assoziationsleere, und Perseveration ist eine besondere und wichtige Erscheinung, welche durch diesen Mangel bedingt wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Legen wir dem „inneren Beobachter" also das Urteil bei, daß es sich um Assoziation oder Assoziationsmangel handelt, so geben wir ihm ein selbständiges, von besonderen Determinationen unabhängiges Urteil, das trotzdem hinreichend bestimmt ist, sich auf die Art der Folge und den Zusammenhang der Bewußtseinsinhalte richtet und solchen psychologischen Urteilen eines außenstehenden Beobachters gleichartig ist. Die entscheidende Frage ist jetzt: gibt es tatsächlich in der Wirklichkeit des Erlebens Momente, deren Wesen sich durch ein Urteil dieser Art erschöpfend darstellen läßt? Von der erschöpfenden Darstellung des Wesens einer Erscheinung erwarte ich, daß sie ihr jedesmaliges besonderes Auftreten erklärt, sowie ihre Wirksamkeit verständlich macht und eine sichere Voraussage ermöglicht.

Unserem „inneren Beobachter" können zwei verschiedenartige Funktionen zugewiesen werden; als das Nächstliegende kommt für ihn die Tätigkeit der Selbstwahrnehmung in Frage. Auf erkenntnistheoretische Gesichtspunkte braucht hier nicht näher eingegangen zu werden, und nur an die Tatsache ist zu erinnern, daß mit einem psychischen Akt gleichzeitig eine Wahrnehmung des Aktes verbunden ist, welche verschiedene Grade der Deutlichkeit besitzen und je nachdem mehr oder weniger Einzelheiten erfassen kann. Gewöhnlich ist die Aufmerksamkeit auf das Gegenständliche gerichtet und der Klarheitsgrad der Selbstwahrnehmung aufs äußerste eingeschränkt; er kann aber durch besondere Übung und Einstellung wesentlich erweitert werden, und es scheint, daß bestimmte Funktionen, z. B. die Willensfunktion, der Selbstwahrnehmung besonders günstig sind. Die andere Art der Tätigkeit des „inneren Beobachters" kann man sich als eine elementare charakteristische Reaktionsweise denken, deren Objektivierung durch die ihm untergeschobenen Urteile geschaffen wird. Nehmen wir solche Reaktionen für ihn in Anspruch, so wird seine Bedeutung allgemeiner, und seine Fiktion erlaubt uns vielleicht, eine eigenartige und abgegrenzte Erlebnisweise einer klaren Darstellung zugänglich zu machen. Die Selbstwahrnehmung spielt ja als Akt im subjektiven Erleben meist eine geringe Rolle, wichtig sind uns die ihr gegebenen Tatsachen. Und somit brauchen wir nicht dem „inneren Beobachter" diese Funktion unterzulegen, können sie aber für die Frage, welche Funktion ihm nun eigentlich zukommt, nicht entbehren und müssen uns darüber klar werden, was ihr als Gegenstand und an sonstigen Momenten gegeben und ähnlichen Funktionen gegenüber eigentümlich ist.

Die äußere Wahrnehmung richtet sich auf Gegenstände und Vorgänge der Umgebung, welche der Aufnahme und Verarbeitung durch unsere Sinnesorgane zugänglich sind. Liegt die Beurteilung dieser Objekte in meiner Absicht, so kann ich die Tatsache, daß es sich um meine Wahrnehmung handelt, vernachlässigen. Kommt es mir aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf Beurteilung des Wahrnehmungsakts an, so ist das Urteil, daß es um meine Wahrnehmung geht, unerläßliche Vorbedingung. Die Gegenstände können aber nicht etwa vernachlässigt werden, sondern bilden einen wesentlichen Anteil an der Darstellung des Aktes; sie sind denen der äußeren Wahrnehmung gleichartig, nur daß sie jetzt nicht als selbständige Gebilde, sondern im Verhältnis zu meiner aktuellen Wahrnehmung betrachtet werden. Sie sind zugleich mit und in meinem Bewußtseinszustand, dieser ist aber lediglich durch die Merkmale der Inhalte keineswegs erschöpfend beschrieben, sondern diese sind an ganz andersartige Momente unlöslich verankert. Solche Momente sind, von allem Gegenständlichen losgelöst, reine und wesenlose Begriffe, die wohl isoliert gedacht werden können, aber keiner direkten Objektivierung fähig sind; aber auch die isolierten Inhalte sind für eine psychologische Bewertung ein totes Nichts, „hyletische" Materie nach Husserl.

Sind diese Inhalte nun auch denen der äußeren Wahrnehmung gleichartig, so sind es doch nicht die gleichen. In beiden Fällen sind sie den Sinnen zugänglich, die der äußeren aber nur durch Vermittlung der peripheren Sinnesorgane; die Selbstwahrnehmung erfaßt daneben auch die lediglich zentral erzeugten, d. h. den sinnlichen Anteil der Vorstellungen. Motorische Äußerungen, welche wir an anderen Personen optisch erfassen, empfinden wir an uns in ganz anderer Weise. So ist eine gewisse Modifikation der Inhalte in der Selbstwahrnehmung geschaffen, aber keine grundsätzliche Verschiedenheit. Die Inhalte können objektiviert und für sich, unabhängig von dem Bewußtsein, dem sie angehören, dargestellt werden. Diese Objektivierung kann dauernd erhalten bleiben und ist analytischer Zergliederung fähig. Wie hoch ich dabei die Zahl und Deutlichkeit der Merkmale steigere und wie weit ich die Analyse treibe, hängt lediglich von den besonderen Absichten meiner Untersuchung ab. Darin liegt nun der Wert der Inhalte für die psychologische Technik begründet; die direkte Darstellbarkeit ermöglicht uns eine Analyse nach Normen, die für Naturobjekte gelten; auch kann sie zu beliebiger Zeit und nach verschiedenen Gesichtspunkten vorgenommen, kann wiederholt, nachgeprüft und vervollständigt werden.

Für das wirkliche Erleben aber bedeutet, wie schon erwähnt, der einzelne isolierte Inhalt nichts. Er ist unlöslich an ganz andersartige Momente verankert, welche ganz allein der Selbstwahrnehmung auffallen und eine unmittelbare Objektivierung in der Form, wie sie gegeben sind, nicht zulassen. Sie sind auch nicht sinnlich wahrnehmbar und daher mit keiner organischen Erklärung vereinbar. Der Widerspruch, daß sie, obwohl nicht sinnlich gegeben, doch für die Selbstwahrnehmung existieren, löst sich bei der Überlegung, daß auch in der äußeren Wahrnehmung nicht die Summe der sinnlichen Merkmale die Analyse des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gegenstandes erschöpft, sondern die Kategorien, welche die Einheit des Gegenstandes aus der Mannigfaltigkeit der sinnlichen Daten schaffen, hinzukommen. Nun ist es eine Eigenart der Selbstwahrnehmung, daß ihre unsinnlichen Momente nicht wie die Kategorien erst durch gedankliche Vorgänge erschlossen werden müssen, sondern ohne weiteres da sind. Sie schaffen ebenso wie die Kategorien Einheit aus der Mannigfaltigkeit sinnlicher Daten; diese Einheit bezieht sich aber nicht auf den vom Bewußtsein losgelösten Gegenstand, sondern eben auf den Bewußtseinsvorgang, und hat das Urteil zur Voraussetzung, daß mein Bewußtsein wahrgenommen wird. Dieses Urteil kommt in allen solchen Momenten zum Ausdruck, und nicht etwa in der Form: Inhalt a + Inhalt b ... + Inhalt n = meine Inhalte, sondern diese Momente sind etwas ganz Eigenartiges und ohne weiteres mit dem Inhalt zugleich gegeben. Man muß sie sich für Zwecke der Analyse vergegenwärtigen können, und es fragt sich, wie das bei unsinnlichen Dingen möglich gemacht werden soll.

Der natürliche Weg ist, Inhalte darzustellen, an denen bestimmte Momente gewohnheitsmäßig angetroffen werden. Auf diese Weise werden aktuelle Inhalte mit bestimmten typischen Inhalten verglichen und das gemeinsame unsinnliche Moment herausgeholt. Dieses Verfahren liegt der künstlerischen Darstellung von Seelenzuständen zugrunde und ist unentbehrlich, um zunächst einmal die Gleichartigkeit von solchen Momenten bei verschiedenen Inhalten herauszustellen. Dem außenstehenden Beobachter wird die Erschließung dieser Momente sehr oft durch typische Ausdrucksbewegungen ermöglicht, und da wir viele solcher Momente ohne weiteres kennen und eindeutig bezeichnen, wird die Notwendigkeit ihrer Darstellung uns nicht leicht in Verlegenheit setzen. Wenn mir jemand sagt, daß er Lust empfindet, daß ihm ein Inhalt mit dem Bewußtsein seiner Bekanntheit gegeben sei oder daß bestimmte aktuelle Körperempfindungen mit einem Gefühl von Anstrengung verbunden seien, weiß ich deutlich, was er meint. Will er es mir noch weiter verdeutlichen, so kann er Gleichnisse anwenden in der Voraussetzung, daß ich bei Auftreten der herangezogenen Inhalte gleiches fühle, z. B.: er empfinde die Freude eines Vaters, er kenne einen Gegenstand wie seine Tasche, er fühle sich angestrengt wie nach einem langen Marsche u. dgl. Wir sprechen auch von einem Ausdruck der Freude, des Erstaunens, der Spannung, und unser Urteil kann durch Übung darin große Sicherheit erlangen.

Der außenstehende Beobachter muß, wie selbstverständlich, an solche Momente mit Urteilen herantreten, er mag sie nun gleichnisartig oder direkt bezeichnen. Dem „inneren Beobachter" aber erscheinen sie keineswegs in Urteilsform, sondern als etwas ganz Elementares und Selbständiges. Soll nun die Fiktion des „inneren Beobachters" aufrecht-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erhalten werden können, so muß eine Darstellung dieser Momente von Urteilen möglich sein und ihrem Wesen entsprechen. Dabei genügt es nicht, daß über die Momente Urteile abgegeben werden können, sondern die fingierten Urteile müssen im wirklichen Erleben durch diese Momente vertreten sein. Es soll z. B. nicht einfach geurteilt werden, daß ich Lust empfinde, sondern es soll eine Urteilsform gefunden werden, welche ich meinem „inneren Beobachter" an Stelle dieses Lustgefühls unterlegen kann.

Im allgemeinen ist schon durch die Bezeichnung eines solchen Moments die Fassung des Urteils gegeben. Ich kann nicht von Bekanntheitsqualität sprechen, ohne daß mir ihre Eigenart durch das Urteil: dieser aktuelle Inhalt ist mir bekannt — bereits klar geworden wäre. Genau so ist es in allen andern Fällen mit Ausnahme der Gefühle Lust und Unlust. Sie bezeichnen wohl eine charakteristische, von allen andern unterschiedene Erlebnisart, ihre Namen sagen aber, wenn von den zugehörigen Inhalten abgesehen wird, nichts von ihrem Wesen. Sie sagen vor allem nichts von ihrem Verhältnis zum aktuellen Inhalt, das heißt ob sie sich auf ihn direkt oder auf sein Erscheinen in einer bestimmten Reihe beziehen. Die unmittelbare Selbstwahrnehmung kennt sowohl Gefühlstöne bestimmter einzelner Inhalte, als auch Stimmungen: Festhalten einer Gefühlstönung bei wechselnden Inhalten. Eine Theorie, welche sich auf der Ursprünglichkeit bestimmter Gefühlstöne bei bestimmten Empfindungen aufbaut, kann die Tatsache der Stimmungen nur durch die Annahme der Trennung eines Gefühls von seinem Inhalt erklären. Ein Vorgang wird damit versuchsweise in elementare Bestandteile aufgelöst, ein logisch anfechtbares Verfahren. Es wird weiter angenommen, daß diese Bestandteile, welche für sich allein nicht existieren, sich in den verschiedensten Zusammensetzungen finden. Auf eine solche tatsächlich unmögliche Trennung kann man verzichten, wenn von vornherein Lust und Unlust auf die Art der Folge und den Zusammenhang der Inhalte bezogen werden. Dann haben wir auch sofort die ihnen entsprechenden Urteile des „inneren Beobachters": eine Bejahung oder Verneinung der Frage nach einer assoziativen Verknüpfung der Inhalte. Eine Folge von Inhalten kann als organische Einheit oder aber als eine Anzahl von unzusammenhängenden Einzelheiten aufgefaßt werden. Die erste Auffassung wird unmittelbar ein Gefühl der Befriedigung, die zweite ein solches der Qual bedingen. Nun ist der Auffassungsakt meist im wirklichen Erleben nicht aufzufinden, sondern eben nur die unmittelbare Gefühlsreaktion. Die Beziehungen unserer „Tendenzen" zu den Gefühlen wird man sich aber durch eine große Anzahl von Beispielen leicht verdeutlichen können; ich erinnere hier an die Unlust bei Vorstellungen, die man nicht los wird: Zusammenhang der perseverierenden Tendenzen mit Zwangszuständen, das Auf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

treten von Unlust bei langer Dauer eines anfänglich lusterregenden Reizes usw.

Das Fruchtbare dieser Auffassung liegt für mich darin, daß die angenommenen Urteile des inneren Beobachters mit denen eines außenstehenden Beobachters verglichen werden können. Ich bin in der Lage, mir die in einem andern aufeinanderfolgenden Inhalte mit ihrer Gefühlsfunktion wenigstens teilweise infolge seiner Ausdruckstätigkeit zu vergegenwärtigen. Nun kann ich die Art der Folge und den Zusammenhang der Inhalte nach assoziativen Tendenzen denken, während der innere Beobachter Assoziationsmangel annimmt, und umgekehrt. Die Richtung der Determination wird dabei maßgebend sein. Wie es damit in Wirklichkeit ist und welche Bedeutung dieser Gegensatz für pathologische Zustände hat, beabsichtige ich nicht theoretisch auszuführen, sondern an tatsächlichen Beobachtungen zu erproben. Über einige methodische Voraussetzungen für die Art solcher Beobachtungen sei zum Schluß noch einiges gesagt.

Unser Ziel ist, die vollständige Reihe der Bewußtseinsinhalte einer fremden Persönlichkeit zugleich mit den an sie geknüpften unsinnlichen Momenten aufzuzeigen. Als Mittel dazu ist uns die fortlaufende Ausdruckstätigkeit dieser Persönlichkeit gegeben, und es heißt nun, das Verhältnis von Ausdruck und Inhalt und der besonderen Art seiner Gegebenheit zu erfassen. Die immer wechselnde Ausdruckstätigkeit muß, um einer systematischen Beurteilung zugeführt zu werden, sich irgendwie fixieren lassen. Das gilt nicht allein für die sprachlichen, sondern für alle motorischen Vorgänge. Wie weit diese unmittelbarer Ausdruck psychischer Tätigkeit sind, können wir zum Teil sofort wahrnehmen. Stellen wir sie unter besondere Bedingungen, welche ihren Ablauf beeinflussen, so können wir auch Bewegungen, welche direkt nichts davon erkennen lassen, als Ausdrucksbewegungen herausstellen; ein solches Beispiel ist der Ablauf des Kniereflexes bei Hysterischen in der Fixierung durch den Sommerschen Reflexmultiplikator. Andererseits müssen mitunter Bewegungen, welche zunächst als charakteristischer Ausdruck für innere Zustände imponierten, als psychologisch indifferente Muskelaktionen aufgefaßt werden. Wir werden uns also unserem Ziele nähern, wenn wir für umgrenzte Zeitabschnitte feste Bedingungen für den Ablauf der Ausdruckstätigkeit schaffen und weiter durch besondere Methoden ihre jedesmaligen Beziehungen zum Innenleben erforschen. Hierdurch gewinnen wir eine allgemeine Kenntnis der Persönlichkeit und Aufschluß über das Auftreten und die persönliche Bedeutung bestimmter Inhalte. Muß nun die Beobachtung unter freieren Bedingungen stattfinden, so ist das Erraten der Innenzustände bei einer bekannten Persönlichkeit vorteilhafter als bei einer ganz fremden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gerade in pathologischen Fällen werden wir aber mit freien Beobachtungen anfangen müssen und auf starkes Kombinieren und Erraten angewiesen sein. Da müssen dann aus dem Einzelfall erst die Fragestellungen, welche zur Aufstellung fester Bedingungen führen, erschlossen werden. Wird dabei die Anzahl der vorhandenen Möglichkeiten immer mehr eingeschränkt, so mag eine Art Formel für die Beziehungen von Ausdruck und Inhalt innerhalb geschlossener Krankheitsgruppen zu finden sein.

Generated on 2019-01-13 14:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Autorenverzeichnis.

v. Artwinski, Dr. Eugen. Über traumatische Neurosen nach Kriegsverletzungen. S. 242.

Christoffel, Dr. H. Depression im Zusammenhang mit nervöser Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern. S. 261.

Hellpach, Willy. Die Kriegsneurasthenie. S. 177.

Hoppe, Dr. Adolf. Militärischer Ungehorsam aus religiöser Überzeugung. S. 393.

Jakob, A. Über einen besonderen Fall von Kommotionspsychose. S. 30.

Kretschmer, Ernst. Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. S. 272.

Krisch, Dr. Hans. Die psychischen Erscheinungen der Eunuchoiden. S. 136.

Landauer, Karl. Die symptomatische Neurasthenie. S. 316.

Margulies, Dr. Max. Zur Technik psychologischer Analyse. S. 413.

Mayer, Stabsarzt Dr. K. E. Elektrosuggestive Behandlung hysterischer Stupor- und Dämmerzustände. S. 381.

— — Mißbrauch der Hypnose zur Vortäuschung geistiger Störungen. S. 269.

Morgenthaler, Dr. W. Über Zeichnungen von Gesichtshalluzinationen. S. 19.

Nissl, F. Korbinian Brodmann. S. 329.

Oppenheim, H. Über Misopädie. S. 1.

Paulus, Dr. med. A. Zu den Geschwülsten des Mittelhirns. S. 162.

Pfeifer, Dr. phil. et med. Richard Arwed. Beobachtungen an Rechts- und Linkshänderschrift von anscheinend weittragender Bedeutung. S. 301.

Pick, A. Über Änderungen des Sprachcharakters als Begleiterscheinung aphasischer Störungen. S. 230.

Šerko, Dr. phil. u. med. Alfred. Über akute paraphrene Angstspychose. S. 98.

Sterling, Dr. W. Über eine eigenartige Form des hysterischen Dämmerzustandes im Anschluß an das Stadium des Erwachens und über deren Beziehungen zur Lethargie und Narkolepsie. S. 45.

Stern, Dr. H. Ein Fall von Bromvergiftung durch Bromural mit paralyseähnlichen Symptomen. S. 374.

Stier, Ewald. Über Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen. S. 350.

Strohmayer, Prof. Wilhelm. Über die Rolle der Sexualität bei der Genese gewisser Zwangsneurosen. S. 167.

Thomalla, Dr. Curt. Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv. S. 87.

Generated on 2019-01-13 14:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MINNESOTA
Generated on 2019-01-13 14:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.45
stack 159

Zeitschrift f ur die gesamte Neurologie

3 1951 002 765 364 L

Minnesota Library Access Center
9ZAR05D12S03TA7

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MINNESOTA

Generated on 2019-01-13 14:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/umn.31951002765364l
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google